ELENA DIMITRIU

TIMIDITATEA ŞI TERAPIA EI

ŞTIINŢĂ & TEHNICĂ
BUCUREŞTI, 1998

Redactor de carte: ADINA CHELCEA
Tehnoredactor: RADU DOBRECI
Coperta: FLORINA MATRAN, LUCIAN MATRAN,
CRISTIAN ROMÂN

© 1997 SC „ŞTIINŢĂ & TEHNICĂ" SA
Bucureşti, Piaţa Presei Libere nr. 1, sector 1, cod 70781
Telefon: 617 58 33; fax: 222 84 94.

Lucrare apărută cu sprijinul
MINISTERULUI CERCETĂRII ŞI TEHNOLOGIEI

Toate drepturile sunt rezervate. Reproducerea sau transmiterea,
chiar şi fragmentară, indiferent de formă sau mijloc,
este permisă numai cu acordul scris al editorului.

I.S.B.N. 973-9236-32-4

MULTIPRINT

Tipografia MULTIPRINT Iaşi
Str. St. Lazăr 49, Iasi 6600
tel: 032 230060
tel/fax: 032 211225, 211252

În loc de... prefaţă

O carte bună se recomandă cititorilor, în primul rând, prin forţa de sugestie şi interesul stârnit de titlu şi de măiestria cercetării ştiinţifice şi mai ales de eficienţa sa aplicativă.

Desigur, cartea vizează cercetătorii şi specialiştii - medici, psihologi, psihoterapeuţi, educatori de toate categoriile - şi, special le-am lăsat la sfârşitul inventarului, persoanele cu timiditate.

Efortul major al autoarei a fost acela de a oferi o cunoaştere cât mai profundă a structurii intime a timidităţii şi a factorilor cauzali. Însă, ni se pare că substanţa cărţii este conceperea şi structurarea pe bază de experiment operaţional a unui model de psihoterapie.

Celui care se identifică prin cunoaştere şi recunoaştere, faptul fiind mult facilitat de portretele psihologice ale timidului, i se oferă - credem în premieră - o modalitate credibilă de autopsihoterapie, tot aşa cum prin cunoaşterea diferitelor categorii de factori inductori ai fenomenului acei care modelează personalitatea umană vor putea să evite sau să anuleze factorii nocivi.

În mod eronat se consideră că timiditatea cu o frecvenţă sporită la vârsta copilăriei şi adolescenţei, nu prezintă prea mare importanţă pentru devenirea personalităţii.

Într-o societate bazată pe libera concurenţă, în care realizarea individului şi succesul se bazează pe capacitatea de interrelaţionare eficientă, timiditatea constituie un serios handicap, întrucât nu permite ţinerea sub control a echilibrului emoţional, aceasta producând fenomenul de retra-

gere a eului, instalarea sentimentului de inferioritate, agresivitatea ori abandonul.

În cartea sa „Personalitatea nevrotică a epocii noastre" Karen Horney atribuie simptomatologia psihoafectivă caracteristică persoanelor cu timiditate fenomenelor consecutive ale relațiilor interioare din societatea postindustrială spre care ne îndreptăm.

Conținutul cărții oferă o viziune asupra necesității de prevenire și reducere a disfuncționalităților afective și relaționale, cu alte cuvinte lucrarea poate fi utilizată ca un paravan de protecție împotriva conflictualității inerente generată de procesul complex de integrare socială.

"Timiditatea și terapia ei" este o carte pe care o poate deschide fără teama caracteristică cel mai timid cititor.

Profesor doctor Constantin Păunescu

CUPRINS

Introducere 9

Capitolul I. Timiditatea în literatura de specialitate 15
A. Diferențieri conceptuale 15
B. Formele și gradele timidității 20
C. Vîrstele timidității 29
D. Principalele cercetări experimentale și de laborator asupra timidității și terapiei ei. Viziune cronologică 31
E. Schiță de portret literar-psihologic al timidului 35
Bibliografie 39

Capitolul II. Factorii structurali și structuranți ai timidității într-o nouă clasificare. Spre o nouă definiție a timidității 41
A. Factori sructurali 41
B. Natura dublă endogeno-exogenă a factorilor structuranți 42
I. Factori organici neuroendocrini 44
II. Factori afectogeni 46
III. Factori psihointelectuali 63
IV. Factori motivaționali, de perturbare a conștiinței de sine 65
V. Factori socio-educaționali 68
Bibliografie 76

Capitolul III. Mecanismele psihologice ale timidității. Dinamica internă a timidității 79
1. Percepție negativă — apercepție negativă 79
2. Hipersensibilitate — hipoexpresivitate 80

3. Nevoia de oameni — fuga de oameni 82
4. Atenţia — neatenţia 84
5. Evocare — falsă evocare 85
6. Hiperautoanaliză — raţionament postacţional 85
7. Complex de inferioritate — supracompensaţie 87
Bibliografie 96

Capitolul IV. Timiditatea şi boala psihică 97
Bibliografie 109

Capitolul V. Şcoli şi curente psihoterapeutice. Terapiile scurte. Concepte şi metode care au revoluţionat psihoterapia 111
Bibliografie 121

Capitolul VI. Terapia timidităţii. Un nou model de psihoterapie a timidităţii: psihoterapia comunicaţională 123
Terapia educaţională a timidităţii 131
Bibliografie 139

Capitolul VII. Cercetarea experimentală 141
A. Ipoteza 141
B. Lotul experimental 142
C. Metodologia 143
D. Grupe experimentale şi de control 147
E. Experimentul terapeutic 151
F. Terapeutici specifice scurte 163
Bibliografie 177

Capitolul VIII. Evaluarea cercetării 181
Semnificaţia diferenţei între mediile variabilelor E, I, T la grupele experimentale şi de control, înainte şi după terapie, şi interpretarea ei psihologică 181
Semnificaţia diferenţei între mediile variabilei autopercepţia timidităţii (A), măsurată pe baza scalei autopercepţiei la grupele experimentale înainte şi după terapie 184
Semnificaţia corelaţiei între variabilele emotivitate (E), introversie (I), autopercepţia timidităţii (A) şi interpercepţia timidităţii (Z), implicate în experimentul terapeutic 189
Bibliografie 192

Studii de caz 193

CONCLUZII FINALE 222

Anexe:
1. Chestionar caracterologic (după G. Berger) 229
2. Interpretarea calitativă a inventarului de timiditate Zimbardo 245
3. Metoda aprecierii obiective a personalităţii după Zapan 251
4. Interpretarea statistică a inventarului de timiditate Zimbardo 252
5. Stabilirea gradelor de intensitate la emotivitate, introversie, timiditate 254
6. Declaraţii postterapeutice ale subiecţilor, părinţilor şi psihologului şcolar 256

Bibliografie generală 261

INTRODUCERE

Timiditatea, fenomen complex şi contradictoriu, realitate dureroasă pentru timizi şi neatrăgătoare pentru ceilalţi, face treptat obiectul studiului literar, etic, psihologic şi psihosociologic, accentul deplasîndu-se de la aspectele predominant teoretice spre cele experimentale, de la cunoaştere spre terapie.

Fenomenul timidităţii este extrem de răspîndit. După unul dintre cele mai cunoscute chestionare de timiditate, Zimbardo, 1977, aplicat de autor şi de colaboratorii săi pe un eşantion de 10 000 de subiecţi în America, Asia şi Europa, 80% dintre cei testaţi s-au autodeclarat timizi. Acelaşi test aplicat de noi a dat rezultate asemănătoare, dar după metodologia mai amplă elaborată şi aplicată ulterior procentul de timizi de la noi este de aproximativ 42%.

Şi totuşi dacă cercetăm cu insistenţă dicţionare de prestigiu din domeniu, termenul de timiditate este dificil de identificat. Vom găsi termenii de teamă, anxietate, angoasă, ruşine, stres, dar nu timiditate, ceea ce înseamnă că şi în cazul timidităţii drumul de la fenomen la concept este foarte anevoios. Poate tocmai banalitatea, cvasinormalitatea fenomenului a funcţionat ca un baraj în cercetarea timidităţii?!

Pare normal pentru noi ca un copil să fie mai timid decît un adult? Pînă la ce punct? Pare mai normal ca femeia să fie mai timidă decît bărbatul? De ce? Pare normal ca

atunci cînd spunem timiditate să ne gîndim şi la aspectele pozitive ale personalităţii?

Ne propunem să scoatem din înţelegerea empirică, saturată de simţul comun, fenomenul timidităţii, să atragem atenţia asupra lui, asupra pericolului pe care îl poate constitui acesta dacă nu este descoperit la timp şi tratat în mod adecvat. De altfel timizii cunosc acest pericol, dar au nevoie de ajutorul celor din jur. Şi acest lucru nu este foarte simplu. Timiditatea este un fenomen complex şi contradictoriu, care nu poate fi cu uşurinţă cunoscut şi tratat.

Dar ce este timiditatea? Timiditatea este ceea ce se vede: comportamentul ezitant, înroşirea, tremurul, oboseala. Timiditatea este ceea ce nu se vede: conflictul intern între două tendinţe opuse: a vorbi şi a nu vorbi, a acţiona şi a nu acţiona.

Poate fi timiditatea indusă, determinată social? Eticheta de timid pe care o punem noi, grupul social, societatea, poate genera timiditate?

Din cei 834 de subiecţi testaţi de noi, timizii au răspuns pozitiv la toate aceste întrebări. De altfel Zimbardo susţine că behavioriştii au interpretat timiditatea comportamentalist, psihanaliştii psihanalitic, sociologii sociologic, psihosociologii psihosociologic. Atunci unde se situează acest fenomen?

Apelul pe care l-am făcut la înţelegerea interacţionistă a timidităţii a constituit soluţia atît din punct de vedere teoretic, cît şi practic, metodologic si terapeutic. Domeniul de cercetare a timidităţii este, considerăm, unul de graniţă: între psihologia personalităţii, psihologia socială si psihopatologie.

Persistenţa timidităţii autentice pe parcursul întregii vieţi trimite la o structură de personalitate, handicapul social

pe care îl instaurează ne orientează către psihopatologia socială. Timiditatea autentică, sistematizată, generalizată este constituţională, dar numai într-un context social specific devine din latentă manifestă, se agravează şi poate constitui „sala de aşteptare" a nevrozelor sau socionevrozelor.

Domeniul psihopatologiei sociale este, el însuşi, dificil de conturat. Timiditatea este un comportament asocial, nesocial, antisocial? Poate sta timiditatea alături de agresivitate? Poate deveni ea o formă a acesteia? Într-o anumită măsură, da! Timizii autentici se autopedepsesc pentru că sînt timizi şi sînt timizi pentru că se autopedepsesc. Şi astfel cercul se închide. De altfel, cercul vicios, deficienţele de autoreglare constituie mecanismele psihologice, "pîrghiile" timidităţii: autoperpetuarea, autoconstrucţia, automodelarea (Mc Murdoch, 1986).

Cibernetica psihologică ne-a ajutat să înţelegem circularitatea vicioasă a timidităţii, punînd într-o altă lumină dinamica sa internă, mecanismele de transformare a percepţiei negative în apercepţie negativă, a hipersensibilităţii în hipoexpresivitate, a „nevoii" de oameni în fuga de oameni, a atenţiei exterioare în atenţie interioară, a evocării în falsă evocare, a hiperautoanalizei în raţionament postacţional, a complexului de inferioritate în supracompensaţie.

După trecerea în revistă a celor 100 de ani în care literatura de specialitate face referiri la timiditate, după prezentarea factorilor care determină timiditatea (pe care i-am denumit factori structurali şi structuranţi ai timidităţii, într-o nouă clasificare: organici neuroendocrini, afectogeni, psihointelectuali, motivaţionali şi de perturbare a conştiinţei de sine şi socio-educaţionali), am făcut tentativa, ocolită pînă acum, de elaborare a unei definiţii a timidităţii, o definiţie

preexperimentală, ce va fi completată cu una postexperimentală.

Considerăm timiditatea ca fiind o tulburare afectogenă a conştiinţei de sine, de autoestimare şi interestimare, în limitele personalităţii normale sau între normal şi patologic, care se manifestă în prezenţa oamenilor sau a reprezentării lor prin blocaje verbale şi acţionale repetate şi care determină în ultimă instanţă inadaptarea socială sau adaptarea negativă.

Un nou model, atît de interpretare, cît şi de terapie a timidităţii, era necesar şi acesta s-a dovedit a fi **modelul comunicaţional,** care interactionează elemente psihanalitice, cognitiviste, comportamentaliste, gestaltiste, de terapii raţional-emotive umaniste, de programare neuro-lingvistică, într-o nouă structură.

În aceeaşi viziune cibernetică după Max Pagès, am formulat problema comunicării intrasistemice între sistemul corporal (S.C.), sistemul emoţional (S.E.) şi sistemul discursiv (S.D.), cît şi a comunicării intersistemice între sistemul psihic uman (S.P.U.) şi sistemul socio-familial (S.S.F.).

Comunicarea intrasistemică şi intersistemică, perturbată la timid, conduce la constituirea blocului sau amalgamului defensiv: formarea unei legături automate între mecanismele de apărare a două sau mai multe sisteme - carapacea musculară; conduita semiotică emoţională: privire, mimică, gestică, specifice timidului; conduita semantică: limbajul, raţionamentul postacţional.

Timiditatea se poate vindeca, ameliora, corecta? Fiind o problemă de imagine autoreflectată, mai mult mintală decît comportamentală, corectarea timidităţii este posibilă, deşi dificilă. Desigur, după programul terapeutic prelungit, de 1-2 ani, sau scurt, de 21 de zile, nu vom transforma timizii autentici în netimizi, dar ei vor şti şi vor putea să se manifeste ca netimizi. Timizii situaţionali vor ţine în frîu mai bine propria timiditate.

Încheiaţi un contract psihoterapeutic cu voi înşivă sau cu psihoterapeutul specializat, relaxaţi-vă, descoperiţi psihanalitic acele clişee mintale şi comportamentale care vă blochează acţiunea şi spontaneitatea, faceţi un autoportret real şi unul ideal, punînd în balanţă propriile calităţi şi defecte: privirea directă, zîmbetul, mersul ferm, vocea puternică, flexibilă, arta conversaţiei; faceţi o listă cu injuriile şi complimentele pe care le-aţi primit, o listă cu persoanele şi situaţiile intimidante; strîngerea de mînă fermă, psihodrama, negaţia, artterapia, colaborarea, modelul şi rolul asumat, interviul, discursul, auto şi interevaluarea, petrecerea, toate acestea vă ajută să depăşiţi situaţiile intimidante.

Educaţia ar putea avea un rol în corectarea timidităţii?

Educaţia pentru noutate, descoperire, iniţiativă, educaţia extraversiei, comunicării, acţiunii, educaţia pentru simpatie, empatie, zîmbet, educaţia aptitudinilor sociale se pot constitui în noi forme terapeutice ale timidităţii. Terapia educaţională este necesară şi eficientă la vîrsta copilăriei pentru a preveni sistematizarea unei dispoziţii constituţionale într-o timiditate gravă, la vîrsta adolescenţei şi tinereţii pentru a evita sau ameliora suferinţa şi supracompensaţia, iar la vîrsta adultă pentru a evita sau corecta formele de adaptare negativă: manierismul, artificialitatea, teatralismul, agresivitatea, perfecţionismul, izolarea.

Metodologia aplicată diferenţiază timidul de netimid, timidul predominant endogen de timidul predominant exogen, formele şi gradele timidităţii.

Structura complexă a timidităţii, pusă în evidenţă de Melchior (1991) prin descrierea unui factor general de

timiditate şi a factorilor specifici, a fost confirmată şi de experimentul nostru, cu unele deosebiri. Astfel am disociat: factorul general de timiditate - autopercepţia timidităţii -, prezent în orice tip, formă şi grad de timiditate; factorii specifici: emotivitatea şi introversia, care definesc tipul de timiditate predominant endogenă sau exogenă, şi factorii individuali cognitivi, afectivi, volitivi, comportamentali care identifică forma de timiditate.

Tipurile, formele şi gradele diferite ale timidităţii au condus la elaborarea unei terapeutici generale a timidităţii, care se adresează factorului general, şi a unei terapeutici specifice, care se adresează factorilor specifici şi individuali.

Terapia de scurtă durată s-a dovedit a fi necesară şi eficientă în perioadele de criză ale timidului autentic sau pentru timidul situaţional; pentru timiditatea autentică, terapia intensivă trebuie urmată de o terapie de întreţinere pe parcursul întregii vieţi.

Studiul de caz şi psihoterapia de grup au relevat corturarea unei noi imagini a timidului, atît asupra lui însuşi, cît şi a relaţiilor sale de grup.

Capitolul I

Timiditatea în literatura de specialitate

A. Diferenţieri conceptuale

Termenul de timiditate apare pentru prima dată în literatura anglo-saxonă într-un poem scris în jurul anului 1000, unde este definit ca "faptul de a se **speria** uşor". Dicţionarul englez Oxford arată că timid înseamnă "a fi greu abordabil prin **rezervă, prudenţă, neîncredere**; timidul, animat de un anumit sentiment de prudenţă, are oroare să întîlnească anumite persoane sau să facă anumite lucruri". Le Robert defineşte timiditatea ca **lipsa uşurinţei** şi **siguranţei** în societate.

Analizînd această terminologie, se cuvine să facem unele observaţii şi diferenţieri conceptuale.

1) Astfel, timiditatea nu este corect identificată cu simpla **frică** sau **teamă**. Timidul nu este un banal fricos, care se teme de întuneric, obiecte ascuţite, persoane autoritare, situaţii dificile; timidul este un fricos "nobil", care se teme de oameni, a cărui frică este spontană sau "sistematizată" şi care, în anumite împrejurări, poate da dovadă de un curaj ieşit din comun. Este cunoscută îndrăzneala timidului: el se manifestă uneori în situaţii în care chiar curajoşii recunoscuţi devin fricoşi (timidul "sare calul").

2) Deşi neliniştea caracterizează ambele fenomene, timiditatea nu trebuie identificată cu **anxietatea**. Timidul nu se teme de orice sau de tot, ci numai de oameni. Dacă anxietatea implică o neliniște nedeterminată, fără obiect, timiditatea este o neliniște ce implică prezența oamenilor sau reprezentarea lor.

Apropieri mai mari între timiditate şi anxietate se pot produce în cazul unor boli psihice, cînd, de la o timiditate perseverentă, sistematizată, se face un pas destul de mare către nevroză sau diferite sindroame de autism - pas favorizat de anumite traume psihice sau somatice supraadăugate timidității.

3) Timiditatea este deseori confundată cu **intimidarea**. Intimidarea este o stare pasageră şi normală în situațiile neprevăzute, noi, neașteptate. Ea poate să conducă sau nu la timiditate. În ultimul caz, tracul este cel mai bun exemplu. Intimidarea este o fază necesară în timiditate, dar nu este suficientă, timiditatea nu se reduce la intimidare. Sîntem intimidați în anumite situații noi, stresante, sîntem timizi în toate împrejurările care implică prezența oamenilor, de la cele mai banale, ca mersul pe stradă, pînă la cele mai neobişnuite, ca vorbirea în public. În intimidare rolul determinant îl au factorii externi de mediu, în timiditate există o conlucrare greu de decelat între factorii endogeni şi exogeni. Trecerea de la intimidare la timiditate se realizează prin reflecție, pe baza legilor asociației şi ale memoriei afective. Timiditatea nu este o simplă acumulare a situațiilor intimidante din trecut, ci o prelucrare a acestora de către spiritul analitic al timidului.

4) Timiditatea nu se identifică cu **deficiența psihică**, deşi timizii apar deseori defavorizați pe plan intelectual, întîmpină dificultăți de comunicare cu ceilalți oameni, lipsindu-le acel fenomen de simpatizare spontană cu semenii, numit "magnetism social". Timiditatea presupune o capacitate intelectuală şi o bogăție afectivă reale, dar care se ignoră, nu se pot manifesta sau sînt transformate în opusul lor datorită mecanismelor psihologice ale ei.

5) Deşi timidul este un emotiv constituțional, nu se poate pune semnul egal între timiditate şi emotivitate. Emotivitatea este elementul structural, de fond al timidității, care numai în interacțiune cu alți factori endogeni (ca introversia) sau exogeni (influențe ale mediului socio-cultural) determină timiditatea. Orice timid este emotiv, dar nu orice emotiv este timid. Emotivii extravertiți se manifestă deseori în mod asemănător cu timizii, dar nu se blochează. Ei reuşesc, tocmai datorită capacității energetice ieşite din comun, să depăşească blocajul verbal sau acțional şi să iasă din situație.

În încercările de definire a timidității au fost surprinse anumite manifestări, cauze sau efecte ale acestui fenomen, ca inhibiția, teama, emoția, conflictul, dar nu s-a elaborat o definiție unică şi general acceptată a acesteia, datorită complexității şi caracterului contradictoriu al fenomenului.

Astfel, **emoția** este fenomenul cel mai frecvent analizat în raport cu timiditatea (Dugas, 1903). Hipersensibilitatea timidului determină lipsa prezenței de spirit (Dugas, 1925).

Conținutul negativ al emoției - teama - este laitmotivul tuturor studiilor şi cercetărilor asupra timidității (de la Mosso, 1890, pînă la Zimbardo, 1979, Jagot, 1990)

Momentul în care se produce emoţia - înainte, după sau în timpul acţiunii - relevă caracterul de anticipare şi persistenţă a emoţiei, specific timidităţii (Lacroix, 1936). De asemenea este scos în evidenţă efectul principal al timidităţii - inhibiţia sau dezorganizarea ei - fie la nivelul actelor, fie al gîndirii, fie al sentimentelor (Dugas, 1903). La nivelul actelor se face precizarea că timiditatea conduce la "perturbarea mişcărilor voluntare" (Dugas, 1903).

Persistenţa şi fixarea emoţiei vor constitui criteriul de clasificare a timidităţii în cele două forme fundamentale: timiditate spontană şi timiditate sistematizată (Dugas, 1903).

Caracterul de **handicap social** al timidităţii apare în definirea timidităţii ca incapacitatea de a simpatiza cu alţii sau, mai bine spus, sentimentul acestei incapacităţi (Dugas, 1903). Janet consideră esenţial în timiditate neputinţa de a acţiona în prezenţa oamenilor, într-o adevărată abulie socială.

Fiind unul dintre cele mai contradictorii fenomene psihosociologice, timiditatea a fost definită prin însuşi termenul de "conflict între tendinţe contrare " (Lacroix, 1936).

Caracterul hiperanalitic al timidului, care se degradează pînă la dualitate şi duplicitate, este descris în mod plastic de Amiel, care numeşte timiditatea "conştiinţa conştiinţei" (Dugas, 1903).

În literatura de specialitate s-a procedat fie într-o manieră descriptivă, atomistă, liniară, afectivistă (Dugas, Hartemberg, Judet, Le Gall, Lacroix), fie explicativă globală, dar reducţionistă.

Astfel Zimbardo (1979) arată că:

1) Teoreticienii **trăsăturilor de personalitate** susţin că timiditatea este o trăsătură care se moşteneşte la fel ca statura sau culoarea ochilor. O versiune mai modernă a acestei teorii, după care ar exista o transmitere ereditară a timidităţii, este apărată de R. Cattell. După el, nu se moşteneşte timiditatea ca întreg, ci un factor de personalitate - factorul H (threctia). Astfel, timidul avînd acest factor H s-a născut cu un sistem nervos mai sensibil, mai uşor excitabil, care îl predispune la o sensibilitate crescută la situaţiile ameninţătoare de natură socială.

2) **Behavioriştii** arată că timizii nu şi-au dezvoltat aptitudinile sociale necesare pentru a stabili raporturi satisfăcătoare cu alţii, ci au învăţat reacţii fobice la evenimentele sociale: teama de a nu se comporta "cum trebuie", care întreţine un climat permanent de anxietate, autodenigrarea, experienţe negative, de eşec social.

3) **Psihanaliştii** spun că timiditatea nu este decît un simptom, o manifestare conştientă a conflictelor inconştiente, reprimate în adîncul psihismului lor: de exemplu, visele de grandoare ale timizilor, care sînt desfăşurate în cea mai mare intimitate.

Alţi autori pun accentul pe procesul prin care copilul se separă din punct de vedere psihologic de mama sa şi îşi dezvoltă propria individualitate. Dacă această separare are loc prea devreme sau în modalităţi traumatizante, Eul abandonat va trăi teama de a nu putea face faţă incertitudinilor vieţii. Orientarea psihanalitică subliniază legăturile care pot exista între timiditate şi sexualitate, nevoia de putere, de superioritate şi ostilitatea.

4) **Sociologii** cred că timiditatea se poate explica în termenii programării sociale. Individul trebuie analizat în raport cu mediul său şi nu putem neglija forţa determinantă

a situaţiei. Astfel, mobilitatea socială cunoscută în America, societatea bazată pe principiul concurenţei, "a fi primul", creează condiţii ce favorizează instalarea timidităţii: singurătatea, dezrădăcinarea de un anumit climat protector, obţinerea performanţei cu orice preţ.

5) **Psihosociologii** consideră că timiditatea se naşte o dată cu atribuirea unei simple etichete, aceea de timid. Forţa "etichetei", care poate să nu fie decît o falsă atribuire, o prejudecată, constă în adecvarea comportamentului celorlalţi şi a subiectului în cauză, potrivit acestei etichete.

Limitele tuturor acestor orientări constau în absolutismul şi reducţionismul lor. Ele reduc multitudinea determinărilor timidităţii la una singură, izolată din interacţiunea complexă.

Considerăm timiditatea o trăsătură de personalitate care are elemente native, dar şi rezultatul nedezvoltării aptitudinilor sociale, ea este atît sindromul unui conflict intrapsihic, dar şi efectul unor condiţii sociale nefavorabile (etichete, atribuiri).

B. Formele şi gradele timidităţii

O clasificare unică şi general valabilă, acceptată de toţi cercetătorii timidităţii, nu s-a elaborat încă.

L. Dugas (1903) clasifică timiditatea în funcţie de **procesele psihice afectate** în:

● **Timiditate volitivă** sau stîngăcie, cu cele două subforme: **inerţia motorie** - incapacitatea de a acţiona sau a regla actele motorii - şi **agitaţia motorie**, executarea unor acte inutile atît cantitativ (prea multe), cît şi calitativ (neadecvate). Gesturile timidului sînt nemăsurate, groteşti, vocea este prea puternică sau prea joasă, debitul este prea lent sau prea rapid, se bîlbîie, nu găseşte cuvintele potrivite. Dar fie că se traduce prin imobilitate, fie prin agitaţie, stîngăcia înseamnă întotdeauna o voinţă slabă, timidul nefiind niciodată stăpîn pe actele sale.

● **Timiditatea intelectuală** sau stupiditatea. Aceasta prezintă de asemenea două forme: stupiditatea totală şi stupiditatea parţială.

Stupiditatea totală sau "paralizia" inteligenţei constă în incapacitatea atenţiei de a se fixa, de unde derivă şi incapacitatea inteligenţei de a realiza un înţeles. Această paralizie a inteligenţei este momentană, inteligenţa revine la nivelul ei după îndepărtarea stimulului stresant.

Timiditatea intelectuală a lui J.J. Rousseau, de exemplu, se traducea prin imposibilitatea de a se adapta ideilor altora într-o conversaţie, imposibilitatea de a adapta aceste idei la propriile gesturi şi sentimente. "Despre tot ceea ce se spune, despre tot ceea ce se petrece în prezenţa mea nu înţeleg nimic. Semnul exterior este cel ce mă frapează. Dar după ce totul a luat sfîrşit, toate acestea îmi revin în minte, îmi amintesc de loc, timp, ton, priviri, gesturi, nimic nu mă miră. Atunci, despre cel ce a făcut şi a spus ceva, eu ştiu ce a gîndit şi rareori mă înşel." (L. Dugas, "La timidite", 1903).

Constatăm din acest exemplu că timiditatea deformează răspunsurile inteligente, spontane, dar favorizează actele reflectate. Această caracteristică poate constitui premisa valorificării adecvate a timidităţii.

Stupiditatea parţială este dispersia atenţiei manifestată prin dezordinea şi incoerenţa ideilor. Adeseori ideile „se grăbesc" tumultoase, dar nu se impun voinţei, nu se pun de acord între ele cu sentimentele sau actele adecvate.

Între stîngăcia volitivă şi stupiditatea intelectuală există o strînsă legatură, mai mult, o relaţie de dependenţă. "Curajul este o facultate de adaptare rapidă la pericolul care apare. El nu este decît o formă a prezenţei de spirit sau, mai bine spus, sentimentul că această prezenţă de spirit lipseşte." (L. Dugas, "La timiditè, 1903)

● **Timiditatea afectivă**, este denumită de Dugas stupoare; are de asemenea două aspecte: fie o pierdere completă a sentimentelor, un "gol afectiv", fie un haos de sentimente contrare. Aşa cum există spirite lente şi greoaie care nu ştiu să-şi fixeze sau ordoneze gîndurile, aşa sînt persoane care nu ştiu cînd să-şi deschidă sufletul, cum să-şi adapteze sentimentele, să le armonizeze cu ale altora, să le facă viabile. Dacă J.J. Rousseau a fost luat ca exemplu pentru stupiditatea intelectuală, iată un exemplu din jurnalul lui Amiel pentru stupoarea afectivă: "O reculegere profundă se face în mine, aud cum îmi bate inima şi îmi curge sîngele. Mi se pare că am devenit o statuie pe marginea unui fluviu, care este timpul. Mă simt anonim, impersonal, cu ochii ficşi ca un mort, spiritul este gol ca neantul sau absolutul: sînt în suspensie." (L. Dugas, 1903).

Această stare pare foarte departe de timiditate. Totuşi ea este efectul unei emoţii puternice, paralizante.

Alături de această stupoare profundă şi de timidul pierdut în extaz, există şi o semistupoare, produsă de fluctuaţia sentimentelor: timidul are sentimente contrare, între care nu poate alege.

În funcţie de **intensitatea şi momentul instalării timidităţii**, L. Dugas afirmă că există:

● **Timiditatea brută sau spontană** este forma cea mai intensă şi mai comună de timiditate şi se numeşte **trac.**

Tracul este o emoţie violentă pe care voinţa cea mai puternică nu o poate domina, pe care raţiunea n-o poate stăpîni. L. Dugas, pentru a ilustra această formă de timiditate, dă următorul exemplu: "unul dintre bătrînii mei profesori - profesorul de elocinţă - nu putea vorbi dacă nu era aşezat pe scaun. În acest timp picioarele îi tremurau aşa de tare, încît trebuia să renunţe la triumful pe care-l obţinea, pentru că, discursul o dată terminat, el nu se putea scula de pe scaun, nici nu putea merge." (L. Dugas, 1903).

Această formă de timiditate a fost asemuită de Dugas cu fobiile. S-ar parea că timiditatea brută sau spontană este determinată numai de cauze fizice sau fiziologice, nu şi psihologice. Tracul s-ar putea defini ca "teama de mulţime", pentru că el se instalează numai în prezenţa oamenilor. Mulţimea exercită prin ea însăşi o acţiune fizică asupra timidului, îi biciuieşte nervii, îi exaltă sentimentele. Dar nu ea creează timiditatea. Aspectul şi numărul persoanelor au o importanţă deosebită; dar hotărîtoare în declanşarea tracului sînt judecăţile pe care le face timidul asupra publicului. El are intuiţia rapidă a rupturii afective, care există între el şi mulţime, iar teama lipsei de simpatie declanşează timiditatea spontană. Iată deci că în timiditatea brută acţionează şi factorul psihic: mai mult, el are un rol determinant. În concluzie, timiditatea brută sau spontană nu poate fi izolată complet de cea reflexivă, sistematică, deşi între cele două forme există mari deosebiri.

● **Timiditatea reflexivă sau sistematică** este forma tipică, veritabilă de timiditate. Replierea asupra sinelui, dedublarea sinelui în Eul individual-sentimental şi Eul-social gînditor, toate acestea sînt cauze psihologice care determină şi accentuează timiditatea, conducînd-o spre forma reflexivă sau sistematică. Întoarcerea Eului asupra sa, analiza propri-

ilor stări psihice, gînduri, acţiuni, sentimente, într-un cuvînt spiritul autoanalitic reprezintă o trăsătură caracteristică a timidului. Ea constituie o cauză psihologică ce se suprapune cauzelor fizice sau fiziologice (infirmităţi, boli), care n-ar putea declanşa singure timiditatea. Spiritul autoanalitic şi analitic compensează la timizi lipsa spontaneităţii. Nefiind capabil să dea răspunsurile adecvate în mod spontan din cauza hiperemotivităţii dizolvante, el reţine toate datele problemei pentru a le aşeza corect în schema unui răspuns, atunci cînd va fi singur. Desigur, acest procedeu este involuntar.

În singurătate, unde lipseşte factorul intimidant, timidul, faţă în faţă cu el însuşi, va găsi cu uşurinţă cuvîntul potrivit, la momentul potrivit. Dar el nu va depista cauza reală - spiritul autoanalitic - care a început să se manifeste chiar în momentul cînd trebuia să dea răspunsul respectiv. Timidul observă, ajutat de emoţie şi susceptibilitate, semnele unei atitudini nefavorabile lui chiar în gesturile nesemnificative ale celorlalţi. De exemplu, un zîmbet binevoitor este interpretat ca un zîmbet ironic sau maliţios. Imediat timidul se întreabă de ce. Am greşit cu ceva? Sînt ridicol? Atenţia, în loc să fie îndreptată spre alţii şi spre acţiune, se îndreaptă subit spre interior. Timidul începe să se analizeze cu un sentiment de panică. Şi cu aceasta începe criza de intimidare.

G. Judet arată că "timiditatea începe cînd subiectul încetează a fi absorbit de ceea ce are de făcut, pentru a se gîndi la el însuşi." (G. Judet, "La timidité"). În acel moment, timidul se dedublează în Eul individual-sentimental, cel analizat, şi Eul social, judecător al emoţiilor Eului individual. Această dedublare şi autoanaliză critică se interpune între începutul şi sfîrşitul acţiunii, blocînd-o. Intensitatea intimidării depinde de intensitatea dedublării şi de exigenţa critică.

Nu analiza în sine este intimidantă, cît mai ales rezultatul acesteia, deoarece, indiferent de situaţie, timidul îşi reprezintă o reacţie negativă, ostilă lui.

Atunci cînd această analiză devine o obişnuinţă sau mai corect un viciu, un scop în sine, pierzînd contactul cu un impuls sau un obiectiv, atunci se instalează timiditatea sistematică. Timidul îşi analizează eşecurile amplificîndu-le, proiectînd eşecuri asemănătoare, nelăsîndu-şi nici o şansă de scăpare. Spiritul analitic şi caracterul secundar al timidului - care-l fac să-şi trăiască intens amintirile - determină timiditatea sistematică. Timiditatea se transformă dintr-un accident de comportare în conduită permanentă.

G. Judet (1921) descrie mai multe forme de timiditate:

a) **Timiditatea constituţională**

În funcţie de modul în care se combină cele trei trăsături ale sentimentalului (emotivitatea, inactivitatea şi secundaritatea) şi de gradul în care predomină una sau alta, apar mai multe variante de timiditate constituţională:

- **timiditatea eruptivă,** în care crizele de timiditate sînt frecvente şi puternice (predomină emotivitatea);

- **timiditatea taciturnă,** în care predomină inactivitatea, caracterul pasiv, închis, reţinut. În acest caz, intimidarea durează mai mult, timizii reacţionează cu întîrziere. Ei sînt taciturni numai atunci cînd nu sînt înconjuraţi cu simpatie. Dacă atmosfera le inspiră încredere, devin volubili şi se adaptează uşor.

- **timiditatea secretă** este o timiditate mascată prin izolare, aer distant, superior. Se caracterizează prin emotivitate puternică dar reţinută, amintiri persistente şi chinuitoare, compensate de o capacitate de acţiune aproape normală.

- **timiditatea "descumpănită"** este dominată de inactivitate, inhibiţie. Timidul îşi observă intimidarea, trăieşte un şoc emotiv şi intră în blocaj.

- **timiditatea "consolidată",** ca şi timiditatea secretă, durează şi derutează. Omul pare lent, apatic, dar nu timid. El nu este prea emotiv, dar este inactiv şi dominat de amintiri neplăcute.

b) **Timiditatea specifică** este timiditatea care apare în anumite situaţii speciale. Ea prezintă mai multe forme, dintre care amintim: tracul, timiditatea sexuală etc.

c) **Timiditatea localizată** este provocată de o anumită persoană şi în anumite condiţii în care s-a produs prima intimidare. De exemplu, cazul elevului care este intimidat de profesor numai în clasă, nu şi pe stradă, sau al copilului care este perfect degajat într-un anumit cerc de copii sau de adulţi, dar se intimidează intens în altul.

d) **Timiditatea excepţională** apare din cauza intensităţii factorului intimidant, o ameninţare reală şi neprevăzută, indiferent de temperamentul individului. Aceasta nu este o formă veritabilă de timiditate.

Alt autor care s-a ocupat de timiditate, **Andre Le Gall** (1906), admite doar două forme principale de timiditate:

- **timiditatea accidentală,** care este timiditatea provizorie şi "normală", manifestată de temperamentele cele mai ferme în faţa unui eveniment neaşteptat;

- **timiditatea constituţională.**

Andre Berge clasifică timiditatea în:

- **generală,** care-l urmăreşte pe timid în toate împrejurările;

- **electivă** - provocată de un anumit factor intimidant.

Mihai Ghivirigă (1970) este autorul următoarei clasificări după criteriul ariei de manifestare a timidităţii:

- timiditate generalizată;
- timiditate selectivă;
- timiditate excepţională.

Timiditatea generalizată este forma cea mai gravă de timiditate, care se manifestă chiar în cele mai nesemnificative ocazii: în clasă sau într-un cerc restrîns de prieteni, pe scenă sau acasă, faţă de oameni prietenoşi sau care inspiră teamă. Este timidul sută la sută.

În această formă de timiditate predominante sînt dispoziţiile înnăscute: emotivitate exagerată, sistem nervos slab, introversie, dificultate de comunicare interpersonală. De aceea, reprezentantul acestei forme de timiditate se emoţionează rapid, chiar şi la agenţi foarte slabi, se inhibă uşor, mergînd pînă la blocaj, reacţionează lent, este lipsit de dinamism şi retrăieşte îndelung evenimentele datorită inerţiei proceselor nervoase. Experienţele copilului apărute pe acest fond congenital şi fixate prin eşecuri repetate conduc la grade diferite de intensitate a timidităţii în funcţie de dispoziţia de moment şi de intensitatea factorului intimidant.

Timiditatea selectivă apare numai în anumite ocazii şi faţă de anumite persoane care au provocat anterior stări de intimidare. Diferenţa dintre timiditatea generalizată şi cea selectivă este de frecvenţă, dar nu şi de intensitate. Mihai Ghivirigă consideră că nu se poate identifica factorul determinant, şi anume emotivitatea sau experienţele negative ale

timidului. Este posibil ca un copil cu o emotivitate intensă să aibă puține ocazii de intimidare și eșecuri și rămîne sensibil doar la cîteva situații delimitate. Dar este posibil ca cineva să aibă nenumărate experiențe negative și totuși să fie intimidat de un număr redus de agenți, din cauza unei emotivități mai slabe sau aproape de limita normalului.

Timiditatea selectivă se manifestă în fața unui public numeros, în relațiile cu sexul opus, cu autoritățile, cu omul admirat.

Zimbardo Ph. (1979) vorbește despre timiditatea autentică, ce se manifestă tot timpul, în toate situațiile și cu toată lumea, și **timiditatea situațională**, prezentă numai în anumite situații.

Jennings S. R. (1986) confirmă ipoteza lui Pilkonis potrivit căreia ar exista două forme de timiditate: **timiditatea publică,** în care comportamentul este mai pregnant, și **timiditatea privată,** în care sentimentele sînt mai proeminente.

J. Chartier (1988), descriind trei factori ai timidității: voința slabă, complexul de inferioritate și teama emotivă, subscrie implicit la cele trei forme ale timidității: voluntară, intelectuală și sentimentală.

Din cele șase tipuri de personalitate propuse de **Holland** (1977), **Fitzsimmons J.C.** (1989) a cercetat cuplul investigativ-întreprinzător, constatînd faptul că tipul de **personalitate investigativă** tinde să fie mai timid decît tipul de **personalitate întreprinzătoare.**

P. Jagot (1990) amintește despre timiditatea latentă și timiditatea manifestă.

Din această prezentare se poate observa că timiditatea a fost abordată într-o logică bivalentă, descriindu-se două forme fundamentale și extreme ale ei: **timiditatea constituțională**, sistematică, generalizată, autentică și **timiditatea accidentală**, spontană, localizată. Desigur, din punct de vedere didactic timiditatea se poate clasifica în: timiditate constituțională sau dobîndită; timiditate generalizată sau localizată; spontană sau sistematică; latentă sau manifestă; intelectuală sau nonintelectuală; reală sau aparentă; normală sau patologică, precum și alte numeroase combinații ale acestor forme.

Important este să înțelegem logica polivalentă a timidității, adică interacțiunea indisolubilă dintre elementul ereditar și cel dobîndit, intelectual și nonintelectual, spontan și sistematizat, ca și trecerea discretă de la o formă la alta, de la un grad la altul, pînă la constituirea formelor extreme care marchează polii timidității.

C. Vîrstele timidității

Timiditatea nu este aceeași la toate vîrstele. Copiii se intimidează mai des decît adulții și totuși ei nu sînt timizi veritabili. Adolescenții sînt timizi prin specificul vîrstei lor și totuși nici ei nu intră în categoria timizilor autentici. Atunci cine sînt timizii autentici? Timiditatea copiilor este într-un fel normală, adică o reacție firească la un stimul nou, intimidant. Preșcolarul care vine la grădiniță poate să fie stîngaci, retras sau chiar timid dacă în familie nu a fost obișnuit să se joace cu alți copii. Un elev se poate intimida

la tablă din mai multe motive: nu ştie lecţia, îi este teamă de notă, îl impresionează înfăţişarea profesorului. Aceasta nu este timiditate propriu-zisă, "generalizată" sau selectivă, nu sînt decît crize de intimidare, cu cauze diferite. De timiditate autentică putem vorbi în cazurile cînd intimidarea apare cu regularitate, în condiţii identice sau similare şi cînd reacţia se sistematizează.

Cei mai mulţi cercetători consideră că adolescenţa este "vîrsta timidităţii", aşa cum copilăria este "vîrsta jocului" şi tinereţea "vîrsta dragostei", deoarece adolescenţii devin timizi chiar dacă nu au fost deloc timizi înainte, dar nu rămîn timizi după această vîrstă. Şi aceasta indiferent de temperamentul căruia îi aparţin. Ei explică instalarea timidităţii la vîrsta adolescenţei prin transformările fiziologice, care au drept consecinţă creşterea emotivităţii, dezvoltarea conştiinţei de sine, aceasta din urmă conducând la autoanaliză şi la dorinţa de autoperfecţionare, prin lărgirea cadrului social în care se mişcă adolescentul, care amplifică contactele lui cu oamenii, sporeşte numărul problemelor noi pentru care el nu are încă soluţii.

Timiditatea veritabilă este prezentă încă din copilărie, se intensifică în adolescenţă, descreşte o dată cu vîrsta, dobîndind forme disimulate, dar nu dispare de la sine.

Ph. Lazarus (1982), într-un studiu efectuat pe 396 de copii, a constatat diferenţe în funcţie de sex, fetele înregistrînd o cotă mai mare de timiditate.

Zimbardo (1979) constată în urma aplicării testului Stanford pe 10 000 de persoane că nu există diferenţe între cota de timiditate prezentă la adulţii de sex diferit.

D. Principalele cercetări experimentale şi de laborator asupra timidităţii şi terapiei ei. Viziune cronologică

1. Darwin (1890) - timiditatea depinde de gradul de sensibilitate faţă de opiniile celorlalţi.

2. James (1890) înţelege timiditatea ca frica de scenă.

3. Mc Dougall (1924) subliniază sensibilizarea sentimentului de consideraţie faţă de sine.

4. Flannagan (1935) - încrederea în sine este considerată criteriu de deosebire între timizi şi netimizi.

5. Guilford şi Guilford (1936): timiditatea este identificată cu introversia socială.

6. Sears (1937) scoate în evidenţă teama de evaluare socială negativă.

7. R. Cattell (1943, 1963, 1973) - timiditatea este considerată polul negativ al factorului de personalitate numit thretic, temperament care se caracterizează prin rolul determinant al simpaticului faţă de parasimpatic.

8. Fenichel (1945) se referă la scoptofobia sau teama de a privi.

9. Aisnworth (1958) - timiditatea este starea de insecuritate psihologică.

10. Comrey (1961, 1966, 1970): timiditatea ca factor de personalitate se caracterizează prin izolare, evitarea contactelor şi activităţilor sociale, conştiinţă de sine crescută, rezervă, teamă de scenă.

11. Singer (1967) - implicarea tranzacţională interrelaţională determină un răspuns cardiovascular.

12. Cattell, Eber şi Tatsuoko (1970): timiditatea este considerată un factor de personalitate.

13. Rappaport (1963), Bromberg (1967), Sarnoff (1971), Zimbardo (1961) identifică timiditatea cu anxietatea socială.

14. Zimbardo (1970), Prentice-Dunn, Rogers (1980) se referă la preocuparea pentru evaluarea socială şi autosupraveghere.

15. Maslach (1971) - timiditatea este o stare alterată a conştiinţei de sine şi a comportamentului.

16. Zimbardo (1971) diferenţiază patru tipuri de timiditate: fizică, comportamentală, cognitivă, afectivă.

17. Kaplan (1972) scoate în evidenţă narcisismul.

18. Hobbs T. (1976) elaborează un program de camping pentru modificarea productivităţii verbale la timizi prin două grupuri de activitate: recreativă şi discuţie în grup.

19. De Stefano M. (1977), prin intermediul unei "scări a adaptabilităţii", compară judecăţile făcute de profesori cu judecăţile medicilor psihiatri, psihologilor, asistenţilor sociali, în legătură cu posibilităţile de tratament a timidităţii extreme în clinică.

20. Pilkonis (1977) arată că:

- situaţiile nestructurate sînt considerate de timid mai dificile decît cele structurate;
- timiditatea publică (comportamentală) se deosebeşte de cea particulară (afectivă).

21. Sarraff (1980) identifică cinci componente ale timidităţii: evitarea socială, conştiinţa de sine, egocentrismul, stinghereala, jena.

22. Cheec şi Buss (1981), corelînd timiditatea cu sociabilitatea, identifică patru tipuri:

- timid sociabil
- timid nesociabil

- netimid sociabil
- netimid nesociabil.

Aceasta demonstrează că timiditatea nu se confundă cu nesociabilitatea deoarece există şi timidul sociabil şi netimidul nesociabil. În timpul experimentului timizii sociabili s-au dovedit mai inhibaţi decît timizii nesociabili, datorită nevoii mai mari de afiliere la primii.

23. Carducci şi Webber (1981) au procedat la măsurarea fizică a timidităţii prin măsurarea distanţei interpersonale. Timizii identificaţi prin testul Zimbardo s-au diferenţiat de netimizi prin distanţa intersubiectivă mai mare.

24. Meles, Turner (1981) - contactul interpersonal determină creşterea dezordinii psihologice.

25. Hatvany, Sonza, Silva, Zimbardo (1981) studiază relaţia timiditate-memorie, concluzionînd că timiditatea scade readucerea în memorie a informaţiei.

26. Brodt S. (1981) abordează problematica modificării timidităţii prin intermediul atribuirii greşite.

27. Loweinstein L (1983) în tratamentul timidităţii extreme foloseşte metode implozive ca furia, înotul, jocurile, zgomotele puternice dramoterapia, obţinînd o creştere a extraversiei, modificări pozitive în lectură, scriere, învăţare, comportament social.

28. După Scott (1984), timiditatea implică patru componente structurale: cogniţie negativă, sentiment de anxietate, reacţii fizice şi comportament nonasertiv. Ca urmare, programul de tratament şi-a propus: antrenamentul deprinderilor sociale, restructurarea cognitivă, diminuarea reacţiilor fizice prin metoda relaxării progresive şi modelul de grup Solomon.

29. Mc Murdock (1986), pentru validarea conceptului de construct multidimensional al timidităţii, aplică testul

Stanford prescurtat, inventarul dezvoltării anterioare şi scara conştiinţei de sine. El obţine şase dimensiuni structurale ale timidităţii şi 11 profiluri ale timidului.

30. Maroldo G. (1987) prezintă procedee de intervenţie a familiei în terapia timidităţii.

31. Prin terapia educaţională a timidităţii M. Harwas (1986) urmăreşte creşterea autoestimării şi modificarea formelor nedorite de funcţionare socială.

32. Belles D. (1987) măsoară efectele relaxării asupra reacţiilor fizice ale timizilor: ritmul cardiac, conductibilitatea pielii etc.

33. Ishiyama F. (1987) foloseşte terapia Morita de autoacceptare, autoactualizare a anxietăţii sociale şi de reevaluare a cogniţiilor maladaptative.

34. J. Chartier (1988) elaborează exerciţii de autosugestie pentru vindecarea timidităţii în trei săptămîni.

35. P. Jagot (1990) porneşte de la punerea la punct a exteriorului: igiena generală, faţa, corpul, vestimentaţia, vorbirea, atitudinea, expresiile şi recomandă educarea imposibilităţii prin inhibarea reacţiilor, acumularea de reprezentări mintale de imperturbabilitate prin analiză psihologică şi autosugestie grafică, valorificarea tăcerii, întărirea fermităţii şi a voinţei.

În concluzie, principalele elemente ale structurii timidităţii, aşa cum apar în cercetările experimentale şi de laborator, sînt: teama de contact social, teama de evaluare socială, neîncrederea în sine, egocentrismul, conştiinţa de sine.

Principalele metode de terapie a timidităţii sînt: relaxarea, reevaluarea cognitiv-afectiv-volitiv-comportamentală, antrenamentul deprinderilor sociale, metodele asertive, implozive, sugestive.

E. Schiţă de portret literar-psihologic al timidului

Deşi persoane diferite, timizii seamănă între ei ca aspect fizic: stîngăcia, privirea ocolită, mersul caraghios "pe lîngă ziduri", felul de a se aşeza pe marginea scaunului, vocea prea înaltă sau prea joasă, tăcerea tensionată, mimica şi gestica împietrite sau teatrale, manieriste, toate acestea exprimă un numitor comun al timizilor - limbajul corpului.

Încărcătura psihologică comună îşi pune amprenta pe înfăţişarea lor fizică. Înalţi sau scunzi, graşi sau slabi, timizii pot fi recunoscuţi chiar după înfăţişare: poziţia spatelui mereu aplecată sub greutatea lumii, mîinile cu care timidul nu ştie niciodată ce să facă, strîngerea de mînă defensivă, conversaţia fragmentară, laconică, semitonală, schizoidă şi mai ales tăcerea.

Pe timid îl caracterizează tăcerea. Dar cîte feluri de tăcere cunoaşte timidul şi le oferă cu generozitate partenerilor? Tăcerea cuminte, supusă, ascultătoare: tăcere stimulativă pentru ceilalţi. Timidul este un bun ascultător. Tăcerea încruntată, tensionată, agresivă, inhibantă şi autoinhibantă. Este blocajul cel mai frecvent la timid. Tăcerea ironică, dezaprobatoare, disprețuitoare, cu rol defensiv-ofensiv. Tăcerea meditativă, filozofică, în armonie cu Universul, transcendentă. Timidul este un "filozof", un idealist, un spirit nobil, un ateluric. Tăcerea golită de prea multul sens sau mustind de sensuri, tăcerea bruscă sau prelungită este, poate în chip paradoxal, modul cel mai specific de comunicare al timidului. Limbajul tăcerii. A cunoaşte timidul înseamnă a-i înţelege în primul rînd tăcerile.

Nici o altă dispoziţie a personalităţii nu este atît de mult marcată de tăcere ca timiditatea. Tăcerea la timid este generată de singurătatea interioară şi din celălalt sens de frică: nevoia de singurătate, plăcerea singurătăţii şi teama de oameni.

Teama ancestrală, matriceală, atavică de catastrofă, foame, boală, filtrîndu-se în teama genetic-temperamentală a strămoşilor, se cristalizează în teama personală inconştientă sau în constructul conştient de teamă: teama de teamă. Teama şi nu orice fel de teamă, ci teama de oameni şi de prezenţa sau reprezentarea lor. Dacă această teamă poate fi reală - o ameninţare reală din partea oamenilor, specifică timidului este ameninţarea mai mult imaginară, presupusă, construită.

Timidul se teme de "social" pentru că nu-l cunoaşte, nu-l înţelege, nu şi-a dezvoltat acel "spirit de turmă" în sensul pozitiv al cuvîntului. Fiind un dominant introvertit, experienţa de grup i-a fost de la început nefavorabilă.

Introvertit, autocentrat, neempatic, timidul îşi creează o imagine falsă asupra "socialului": fie îl supraestimează, în sensul că acele componente sociale armonioase, eficiente sînt transformate în idoli inaccesibili, de neatins şi ca urmare se conturează complexul de inferioritate socială a timidului, fie îl subestimează, reducîndu-l la mască, teatralism, manierism, conturîndu-se la timid un complex de superioritate personală. În ambele cazuri patternul social este grav afectat la timid.

În prima ipostază timidul va fi descoperit în faţa socialului. El nu are instrumentele necesare pentru a se raporta la ceilalţi. De aceea timidului îi este teamă că nu va fi înţeles bine, că nu va fi apreciat corect, că nu-i va înţelege pe ceilalţi, că nu vor putea comunica.

Celălalt, ceilalţi îi par atît de diferiţi de el, atît de străini, încît se întreabă ce poate avea el în comun cu ei. Ei ştiu să zîmbească, să privească interlocutorul în ochi, să întreţină o conversaţie, totul la ei se desfăşoară între spontaneitate şi o normalitate extrem de curioasă pentru timid.

Neîncrederea funciară a timidului în forţele sale, expectanţa eşecului îl vor conduce la eşec. "Eu nu voi putea niciodată să fiu atît de natural ca ei. Eu mă împiedic, mă bîlbîi, mă înroşesc. Nu voi reuşi niciodată." Supraestimarea socialului se corelează în mod necesar cu subestimarea forţelor proprii.

În celălalt caz, timidul subestimează "socialul", îl minimalizează, reduce matricea la mască, îngroaşă contururile, caricaturizează comportamentele sociale. Dacă în primul caz eşuează într-un individualism împietrit, în al doilea se cantonează într-o socializare forţată, într-un colectivism abrutizant.

Timidul caută, dar nu găseşte echilibrul între individual şi social. El eşuează pendulînd între cele două extreme: fie izolîndu-se pînă la narcisism, autism şi viaţă imaginară, fie aruncîndu-se în vîltoarea socialului (manierism, teatralism, eroism, perfecţionism, orgoliu, agresivitate). Neînţelegînd **convenţia socială**, o creează sau o exacerbează.

Nevoia şi fuga de oameni, gustul pentru singurătate şi dorinţa ardentă de sociabilitate, bogăţia afectivă şi sărăcia sau masca expresivo-comportamentală îl pot conduce la ambivalenţă socio-afectivă.

Funcţia socială a emoţiei, de comunicare, capacitatea empatică a timidului, de transpunere în situaţia interlocutorului, sînt grav afectate. Transpunerea este un risc. Teama de risc, de experiment, de necunoscut este atît de mare la timid, încît el preferă să gîndească viaţa decît să o trăiască.

Trăirea mintală a vieţii este strategia pe care timidul o adoptă pentru a se pune la adăpost. El se apără prea tare, îşi exacerbează simţul autoapărării. Timidul este un luptător care îşi pune armura în fiecare dimineaţă şi nu şi-o scoate decît la culcare. Numai în somn rămîne descoperit. El se

apără atît de tare pentru că este extrem de fragil. Din punct de vedere emoţional timidul este ca o mimoză. Atingeţi-l numai şi el se va închide în turnul de fildeş pentru a nu-i fi rănite petalele.

Preaplinul afectiv, lovindu-se mereu de marginile lumii, se întoarce mereu către sine, într-un reflex continuu, se autoconsumă şi se mistuie în labirintul propriu. Turnul de fildeş al timidului este în interiorul lui.

Prea sensibil pentru lumea aceasta, el trăieşte într-o lume imaginară şi visează la cea reală. Raportul dintre imaginar şi real se inversează. Cu aripile prea mari pentru a putea merge, el zboară şi acolo, din înălţime, deplînge soarta lumii şi a lui, fundamental diferite. Turnul de fildeş îi este refugiu, dar şi închisoare. Închisoarea dorinţelor, tendinţelor, aspiraţiilor sale către lume, închisoarea avîntului său lumesc. Dincolo de ziduri nu se aude nici încleştarea armelor - războiul tuturor împotriva tuturor -, nici strigătul disperării, nici chemarea iubirii. Dincolo de ziduri este linişte. Incendiar în interior şi glacial în afară, turnul de fildeş rămîne o lume a oglinzilor care se autoreflectă şi dau iluzia lumii reale. Timidul ştie că aceasta este o iluzie, dar nu se poate desprinde singur din cercul ei vicios. Este ca un dans macabru pe o muzică vrăjită, din ritmul căreia nu te poţi desprinde. Muzica nu se mai opreşte, iar timidul, prins în tornada ei, se roteşte într-un perpetuum mobile înnebunitor, pînă la autodisoluţie. Timidul are nevoie de o zînă bună care să rupă vraja, iluzia. Iar iluzia nu poate fi ruptă decît printr-o altă ILUZIE.

Bibliografie

1. Belles D. (1987), **Effects of cure - controled relaxation on the control of heterosocial performance anxiety among shy males**, în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1, p. 133-151.

2. Berge A. (1967), **Defectele părinţilor**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

3. Berge A. (1967), **Şcolarul dificil**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

4. Berge A. (1967), **Defectele copiilor**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

5. Biemer D. (1984), **Shyness control. A systematic approach to social anxiety management in children**, în *Psychological Abstract*, vol. 71, nr. 7.

6. Brodt S. (1981), **Modifying shyness - related social behaviour through symptom missatribution**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41, p. 437-449.

7. Chartier J. (1990), **La timidité guerié en trois semaines**, Ed. Dangles, Paris.

8. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psyhologique et morale**, Alcan, Paris.

9. Dugas L. (1921), **Les grands timides**, Alcan, Paris.

10. Dugas L. (1925), **Les timides, dans la litterature et l'art**, Alcan, Paris.

11. Fitzsimmons J. (1989), **Shyness and sociability. Impact vocational choice**, dissertation abstract.

12. Glass C. (1988), **Common and specific factors in clients description and explanation for change**, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 7, p. 427-440.

13. Ghivirigă M. (1970), **Copiii timizi**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

14. Ghivirigă M. (1970), **Copilul unic**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

15. Ishiyama F. (1987), **Use of Morita therapy in shyness counselling in the West**, în *Journal of Counselling and Development*, vol. 65, p. 547-551.

16. Hobbs T. (1976), **Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program**, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.

17. Jagot P. (1990), **La timidité vaincue**, Ed. Dangles, Paris.

18. Lacroix J. (1936), **Timidité et adolescence**, Alcan, Paris.

19. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozive counselling and conditionning approaches**, în *A.E.P. Journal*, vol. 6, p. 64-69.

20. Mc Murdock (1986), **Validation of the "Mc Murdock multidimensional shyness index"**, dissertation abstract.

21. De Stefano (1977), **Teachers view of treatability of children school adjustment problems**, în *Journal of Special Education*, vol. 11, p. 275-288.

22. Le Robert (1992), **Dictionnaire d'aujourd'hui.**

23. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, InterEditions, Paris.

24. Zimbardo P. (1982), **Shyness and stress of the human connection**, în Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, New York, Free Press, p. 466-481.

Capitolul II

Factorii structurali şi structuranţi ai timidităţii într-o nouă clasificare. Spre o nouă definiţie a timidităţii

Cibernetica, teoria informaţiei, teoria generală a sistemelor (1948) oferă instrumente teoretico-explicative de interpretare interacţionistă, sistemică a proceselor şi fenomenelor psihice şi a întregului psihic uman. În această viziune avansăm următoarele ipoteze ale structurii şi structurării acestui fenomen atît de contradictoriu, timiditatea.

A. **Factorii structurali** ai timidităţii sînt în acelaşi timp structuranţi. Este legea cercului vicios (Dugas, 1903) potrivit căreia, în timiditate, cauzele determină efectele şi efectele se transformă în cauze, totul pe lungimea de undă a negativului.

La o persoană care nu a reuşit să aibă o reacţie adecvată într-o anumită situaţie această nereuşită nu este semnificativă prin ea însăşi, însă analizată, disecată de subiect se va transforma în stimulul unui şir întreg de nereuşite în situaţii asemănătoare.

Deci efectul negativ (eşecul) se transformă în cauză (teama de eşec, expectaţia eşecului), care anticipează alte

efecte negative (eşecuri). Biemer David J. (1983) subliniază şi el caracterul de autoperpetuare şi autointensificare a timidităţii.

B. **Natura** acestor factori este dublă, endogeno-exogenă. Toţi cercetătorii care au studiat timiditatea sînt de acord că aceasta are o dublă origine: endogenă şi exogenă. Fără existenţa unor predispoziţii native nu se instalează timiditatea autentică, chiar dacă apar condiţii exterioare favorabile acesteia. Se produc stări de emotivitate, de intimidare, timiditate situaţională, limitată, dar nu timiditate autentică.

De asemenea, dacă experienţa de viaţă este pozitivă şi nu se produc greşeli educative, este probabil ca predispoziţiile native ale timidităţii să nu se actualizeze şi să nu genereze timiditatea. Deci atunci cînd lipseşte un factor sau altul, timiditatea nu apare. Nu se poate spune că timiditatea este sau înnăscută sau dobîndită, ea este în acelaşi timp înnăscută şi dobîndită, dar proporţia celor două componente este extrem de greu de determinat, ea variind de la un timid la altul.

După criteriul corelaţiei indisolubile între factorii endogeni şi exogeni, clasificăm factorii structurali şi structuranţi ai timidităţii în:

I. Factori organici neuroendocrini:
1. constituţia fizică
2. tipul de sistem nervos
3. activitatea glandulară.

II. Factori afectogeni:
1. teama anxioaso-fobică
2. emotivitatea
3. introversia
4. distimia.

III. Factori psihointelectuali:
1. raţionamentul afectiv, hiper(auto)analitic, intuitiv
2. limbajul intern şi comunicarea specifică acestuia prin tăcere

IV. Factori motivaţionali şi de perturbare a conştiinţei de sine:
1. conflictul
2. complexele de inferioritate
3. frustrarea
4. stresul

V. Factori socio-educaţionali:
1. lipsa de dragoste
2. hiperprotecţionismul
3. perfecţionismul
4. spiritul posesiv
5. narcisismul
6. nervozitatea
7. competiţia
8. etichetarea şi atribuirea
9. conflictul rol-status-sine
10. învăţarea socială negativă

C. Din punct de vedere structural, aceşti factori sînt situaţi pe niveluri ierarhice diferite de organizare, apropiindu-se tot mai mult de nucleul personalităţii - Eul -, dar din punct de vedere funcţional interacţionează în aceeaşi circularitate vicioasă. După această prezentare sistemică a factorilor timidităţii, este necesar un demers analitico-explicativ care să pună în evidenţă raporturile specifice ale acestor fenomene cu timiditatea.

I. Factorii organici neuroendocrini

Defectele morfofuncţionale

Acestea nu constituie în sine cauze ale timidităţii. Dovadă că există copii sau adulţi cu astfel de defecte care nu sînt timizi. Acestea devin factori structuranţi şi structurali ai timidităţii dacă ajung subiecte de meditaţie şi suferinţă pentru posesorii lor (Dugas, 1903), deci dacă intră în corelaţie cu ceilalţi factori ai timidităţii.

Deci nu defectul în sine, ci atitudinea Eului faţă de acest defect, centrarea Eului pe defect, desprinderea Eului din context şi hipertrofierea lui, obsesia inferiorităţii generează timiditatea. Astfel, sentimentul de inferioritate se transformă în complex de inferioritate (Adler, 1925).

Tipul de sistem nervos

Analizînd manifestările temperamentale ale timidului după criteriile pavloviene: echilibrul, mobilitatea, intensitatea (forţa) proceselor nervoase fundamentale, se observă că acestea trădează un tip slab, neechilibrat, la care predomină mobilitatea redusă, inerţia, inhibiţia. Timidul se inhibă intens şi rapid, intrînd adesea în blocaj.

După Eysenck (apud Crăciunescu, 1980) la acest tip de sistem nervos, specific introvertitului, predomină excitaţia. Contradicţia este doar aparentă. Timidul este excitabil la stimuli slabi, dar semnificativi, şi inhibabil la cei puternici şi rapid schimbători, proces specific introvertitului (Crăciunescu, 1980). De asemenea el este excitabil pe plan central şi inhibabil pe plan periferic.

Considerăm că un rol extrem de important în explicarea neurofiziologică a timidităţii îl are sistemul cortex-subcortex, în care funcţia reticulară este comutatorul principal (Crăciunescu, 1980).

După clasificarea lui Heymans şi Wiersma, timidul se poate încadra în categoria sentimentalilor, fiind emotiv, nonactiv şi secundar.

Hiperemotivitatea timidului provoacă, prin inducţie negativă, inhibiţia totală sau incompletă a actelor voluntare de gîndire, vorbire, comportament, de unde efectul de "paralizie" sau dezorganizare a acestora în funcţie de intensitatea stimulilor (teama pasivă şi respectiv activă, Dumas G., 1932).

Inactivismul predispune la lipsă de iniţiativă, nehotărîre. Secundaritatea se manifestă prin predominarea reprezentărilor asupra percepţiilor, înclinaţia spre trecut, autoanaliza.

După datele lui G. Judet, 62,74% dintre timizii studiaţi de el făceau parte din tipul sentimental şi numai 37,26% aparţineau celorlalte tipuri.

După tipologia lui Kretschmer, timidul se poate situa în clasa astenicilor şi poate evolua spre schizotimie la cele două extreme ale sale: hiperestezia sau hipoestezia. Dacă timidul este prin definiţie un hipersensibil, în urma blocajelor repetate se poate produce o alterare a funcţiei afective pînă la inversiune, hiposensibilitate, corelată cu un alt factor psihologic, renunţarea.

În legătură cu dominanţa cerebrală, s-a constatat că reacţia emoţională ţine mai mult de emisfera dreaptă decît de cea stîngă (S. Dimond, J. L. Harnod, 1973, G. E. Schwartz, 1977). G. E. Schwartz a demonstrat că şi direcţia privirii variază în funcţie de conţinutul emoţional al sarcinii. Astfel, el a arătat că întrebările cu conţinut afectiv care induc anxietate antrenează mai mult mişcări oculare spre stînga (S. Chelcea, 1983).

Activitatea glandulară

La timid emotivitatea determină o activitate glandulară mai intensă decît la netimid, iar aceasta, prin feedback, contribuie la accentuarea hiperemotivității în grade diferite (transpirația, salivația, glandele interne, glandele sexuale).

II. Factorii afectogeni

Teama anxioaso-fobică

Teama are o acțiune specifică raportată la timiditate prin cele două mecanisme intelectuale care intervin asupra ei: anticiparea și reprezentarea (G. Dumas, 1932).

Obiectul acestui factor structural și structurant al timidității îl constituie prezența oamenilor sau reprezentarea prezenței lor. Timiditatea se apropie de anxietate prin neliniște, dar se deosebește de ea prin determinare. Poate avea elemente de fobie, fiind obsesivă, disproporționată, sistematizată.

Teama de oameni (sociofobia) este afectogenă și structurantă, nu atunci cînd există un factor agresiv real, ci atunci cînd "creează" acest factor agresiv prin anticiparea și reprezentarea lui. Deși afect, teama este afectogenă deoarece în cazurile grave involuează către „teama de teamă".

Emotivitatea

Timidul este o fire emotivă care se caracterizează prin reacții de mare sensibilitate și profunzime în sfera sentimentelor subtile. S-a pus întrebarea dacă emotivitatea lui este constituțională sau dacă rezultă din mai multe șocuri emoționale.

Dupré (1925), pe baza observațiilor psihopatologice, a vorbit pentru prima dată despre o constituție emotivă ce se

caracterizează printr-un dezechilibru al sistemului nervos, printr-o sensibilitate difuză și insuficiența inhibiției motrice și voluntare, prin reacții anormale prin vivacitatea, extensiunea și durata lor și care îl fac pe timid incapabil de a se adapta situațiilor imediate, neprevăzute. La întrebarea dacă emotivitatea este ereditară, Dupré, Delmas și Boll răspund afirmativ pe baza observațiilor clinice.

Pentru a realiza cercetări decisive ar trebui studiați la aceeași vîrstă părinți și copii, în condiții identice și cu mijloace comparabile. Lacey a găsit corelații între răspunsurile neurovegetative ale mamelor și copiilor. Ceea ce este dificil la om este realizabil la animale. Hall, în 1941, a condus un experiment interesant, utilizînd testul său de emotivitate. El a observat adesea că urinarea și defecația erau frecvente la șobolanii plasați în situații traumatizante. Hall s-a gîndit să plaseze șobolanii în situații stresante, de exemplu în centrul unui cîmp puternic luminat. Hall a găsit că acest criteriu are o profundă corelație cu refuzul hranei, care este de asemenea considerat un semn de emotivitate. Folosind acest test, Hall a studiat ereditatea emotivității. Plecînd de la un grup inițial, el a selecționat șobolanii neemotivi de cei emotivi, cei ce continuau a urina și a defeca în situația test. Încrucișînd șobolanii între ei din fiecare grup, a obținut următoarele rezultate din opt generații (cifrele indică numărul de zile cît șobolanii au urinat și defecat în cursul a 12 încercări).

	Emotivi	Neemotivi
G1	3,07	0,46
G2	4,72	1,94
G3	3,92	1,02
G4	4,69	1,40
G5	4,96	0,41
G6	6,87	0,51
G7	7,82	0,17
G8	8,37	1,07

În timp ce grupul neemotiv rămîne stabil, animalele din celălalt grup devin din ce în ce mai emotive. În concluzie, ereditatea emotivității a fost demonstrată. Factorul de emotivitate măsurat prin testul Hall a fost regăsit în analizele factoriale ale lui Bilingslea, ca și în cele ale lui Willingham. Alături de acest factor principal, Billingslea a găsit un factor de freezing (tremurături de frică) și unul de timiditate.

În concepția lui Billingslea, timiditatea este un factor care stă pe același plan cu emotivitatea. Noi considerăm timiditatea mai complexă, generată de un ansamblu de factori, dintre care emotivitatea este endogenă.

S-a dovedit prin acest experiment că emotivitatea este constituțională, ereditară. Dar o excitabilitate exagerată poate decurge de asemenea din una sau mai multe experiențe anterioare, care au sensibilizat subiectul într-o manieră mai mult sau mai puțin generalizată. Aceste experiențe se produc mai facil la subiecții care au o construcție emotivă, dar nu numai la ei. S-a dovedit de asemenea că o sănătate deficientă antrenează o creștere a numărului și intensității reacțiilor emotive. Astfel, Stratton a confruntat dosarele medicale ale unui număr de 1 000 de studenți cu răspunsurile date de aceștia la un chestionar despre frecvența fricii și a mîniei, obținînd următoarele concluzii:

- persoanele care au avut în trecut o gravă maladie răspund mai intens situațiilor care pot suscita mînia și teama decît cele care au avut întotdeauna o sănătate bună;
- printre persoanele care au fost bolnave, cele care au avut boli mai variate răspund mai intens la situații care pot provoca teama, mînia decît celelalte;
- vîrsta la care persoanele au fost bolnave are o mare importanță: teama este mai ales legată de bolile care s-au produs între 11 și 15 ani, iar mînia de bolile care s-au produs înainte de 6 ani.

Am văzut în experimentul lui Hall că anumite reacții emotive au fost condiționate. Cînd condiționarea are o influență durabilă, ea poate deveni sursa emotivității. Hall și Whiteman au făcut următorul experiment: au luat două grupe de șobolani crescuți în aceleași condiții. Dar în prima săptămînă de existență șobolanii grupului experimental au suportat efectul unui sunet foarte intens și ascuțit. La maturitate, cele două grupe au fost testate prin metoda lui Hall (numărul de zile cît durează urinarea și defecația într-o situație traumatizantă) și autorii au găsit că grupul experimental manifestă mai mult timp reacțiile emotive decît grupul de control.

Sidell a creat la oi stări de emotivitate, pe care el le consideră nevroze experimentale cu efect durabil. Dacă se aplică un șoc electric pe piciorul unei oi și dacă șocul este precedat de un semnal de avertisment de 10 secunde, iar dacă această succesiune semnal-șoc se repetă cîte 5 minute într-o anumită perioadă de timp, în loc să rămînă calm între semnal și șoc, animalul devine agitat, pulsațiile inimii și ale respirației devin neregulate și acționează violent la fiecare

şoc electric. Mai mult, chiar în afara laboratorului animalul manifestă încă o anumită neliniște atît ziua, cît şi noaptea. Noaptea, în loc să doarmă, animalul rămîne treaz şi prezintă o accelerare cardiacă la cel mai mic zgomot. Aceste efecte sînt de durată. Este remarcabil faptul că dacă şocul electric nu este precedat de semnale sonore, acest fenomen nu se dezvoltă.

Condiţionarea emotivităţii şi sensibilizarea emotivă se manifestă şi la om. În cursul ultimului război mondial soldaţii supuşi la bombardamente intense şi repetate au trebuit să fie evacuaţi. Ei au suferit un şoc care îi împiedica să suporte cel mai mic zgomot. Efectul şocului emotiv este mai mult sau mai puţin generalizat şi, prin urmare, emotivitatea poate fi mai mult sau mai puţin selectivă. Astfel, fobiile sînt temeri elective (claustrofobie, agorafobie, nosofobie) şi sînt cel mai adesea urmările şocurilor emotive (Lacroze).

Complexul are ca origine un conflict emotiv care se manifestă prin reacţii violente şi adesea ambivalente. Complexul de inferioritate descris de Adler este un exemplu clasic. La un nivel mai mare de generalitate, anxietatea sau sentimentul unui pericol iminent şi nedeterminat - însoţit de convingerea neputinţei - este o sursă pentru numeroase reacţii emotive.

Anxiosul este un emotiv. Malmo a arătat că anxioşii puşi într-o situaţie dureroasă, de exemplu stimulare termică pe frunte, au avut mai multe tremurături, mişcări ale capului, încordarea gîtului decît subiecţii grupului de control plasaţi în aceeaşi situaţie.

În concluzie, la subiecţii emotivi prin constituţie sau în urma unei experienţe penibile există o puternică mobilizare energetică, dificil de controlat şi care generează în mod frecvent reacţii emotive, în tip ce la subiecţii neemotivi sau puţin emotivi nu se observă decît reacţii adaptate. Astfel,

s-a constatat că emotivitatea este fie constituţională, fie dobîndită în urma unor şocuri emotive şi de asemenea se poate condiţiona mai uşor la naturile emotive (Paul Fraisse, "La psychologie experimentale", p. 142-148). Emotivitatea constituţională sau dobîndită este un factor necesar dar nu suficient în generarea timidităţii. În absenţa lui timiditatea nu se produce, dar nici singură nu determină timiditatea. Timidul este totdeauna emotiv. El reacţionează mai violent şi mai rapid decît neemotivul la stimulii emoţionali. De asemenea, datorită surplusului de energie emoţională necoordonată el reacţionează poate, de multe ori, neadecvat stimulilor.

Timidul acţionează astfel nu numai în situaţiile noi, neprevăzute, ci în majoritatea cazurilor: în faţa unui public numeros sau în faţa unei singure persoane, în faţa unor oameni străini sau în faţa unor persoane familiare. Tulburările prin care se manifestă un timid într-o anumită situaţie - ca tremurul buzelor, clipitul, tusea, dilatarea vaselor capilare (înroşirea) - sînt efectele emotivităţii. Ele au fost grupate în trei categorii: cele care determină timiditatea, cele care o exprimă şi cele care o ascund.

Dar distincţia între mişcările şi tulburările care produc timiditatea şi cele pe care ea le produce este artificială. Fie că atitudinea nehotărîtă, nesigură este cea care evocă sentimentul de timiditate, fie că sentimentul de timiditate este cel care provoacă reacţia emotivă, este acelaşi lucru. Astfel, de exemplu, înroşirea cauzează ruşinea şi ruşinea ne face să ne înroşim. O mişcare stîngace, neadecvată va evoca sentimentul de timiditate, iar acesta, instalîndu-se, va genera alte mişcări neadecvate. De asemenea, este posibil ca sentimentul de timiditate să preexiste şi tocmai acesta să provoace o mişcare neadecvată. Teama de a nu reacţiona adecvat determină reacţia neadecvată. Este cercul vicios al hipersensibilităţii.

Introversia

A doua predispoziţie a timidităţii este introversia. Din punct de vedere fiziologic, introversia a fost explicată ca rezultatul inhibiţiei constante pe care o exercită activitatea corticală asupra centrilor nervoşi inferiori. Cea mai importantă funcţie nervoasă care este supusă inhibiţiei este funcţia afectivă sau emoţional-conativă a regiunii talamice. Datorită acţiunii inhibitive a cortexului, impulsurile nervoase plecate din centrele afective talamice sînt deturnate de la căile lor normale de expresie şi conduse spre cortex, unde cooperează la susţinerea procesului reflexiv al gîndirii. Cu alte cuvinte, impulsurile emotive şi conative, în loc să o ia pe drumul aferent care duce la expresia corporală a emoţiilor, sînt purtate prin scoarţa cerebrală. Datorită căilor lungi pe care le parcurg şi datorită procesului gîndirii care intervine, aceste impulsuri îşi pierd din intensitate în aşa fel încît expresia lor externă este aproape neobservată. În acest fel se explică din punct de vedere fiziologic dificultatea reacţiei afectiv-spontane, expresivitatea redusă, lipsa "magnetismului social", stabilitatea sentimentelor. Aceste trăsături nu pot fi explicate doar prin prisma mecanismelor fiziologice, ci prin interacţiunea acestora cu mecanismele psihologice şi psihosociale ale timidităţii.

Din punct de vedere psihologic, C. G. Jung este cel dintîi cercetător care se ocupă de problema introversie-extraversie, de la el păstrîndu-se aceşti termeni. El defineşte extraversia ca atitudinea şi mecanismul de orientare în afară a energiei psihice, un raport deschis între subiect şi obiect, în sensul unei mişcări pozitive a subiectului către obiect. Dacă extraversia este de natură intelectuală, subiectul va gîndi în obiect; dacă este de natură afectivă, subiectul se va simţi în obiect. Introversia este mecanismul de dirijare a libidoului în

interior. În acest caz există un raport negativ între subiect şi obiect. Interesele se orientează nu spre obiect, ci spre subiect. Cel cu o dispoziţie introvertită gîndeşte, simte şi reacţionează astfel încît se poate vedea cu uşurinţă că subiectul este preocuparea principală, iar obiectul nu are decît o valoare secundară.

Problema introversie-extraversie a fost reluată după Jung şi studiată de psihologii americani Nicoll, Tansley, McDougall, Kemph, White, Allport. Powers, bazîndu-se pe studiile americane în această problemă, atribuie următoarele însuşiri introvertitului şi extravertitului (apud Todoran D., "Psihologia temperamentului"):

Introvertit	Extravertit
- Conştient, **timid**, pudic - Nu vorbeşte în public şi simte mare greutate să vorbească - Preferă să se joace şi să lucreze singur - Nu insistă pentru acceptarea ideilor şi planurilor sale - Înclinat spre activităţile care cer multă grijă. Ţine la amănunte - Deliberativ, întîrziat în luarea deciziilor - Indiferent la evenimentele exterioare. Tinde să se izoleze de mediul social	- Vioi - Dornic de a se manifesta în faţa grupului social - Preferă activitatea, jocul sau munca în grup - Insistă în a i se accepta propriile idei şi planuri - Preferă activitatea care cere energie. Neglijează amănuntele - Impetuos,impulsiv, ia decizii rapid - Plin de curiozitate pentru lucrurile exterioare. Ataşat mediului social

- Lipsit de încredere în sine şi de iniţiativă	- Încrezător în sine, doreşte succesul social, are iniţiativă şi vrea să comande
- Rezervat şi distant în atitudine faţă de cei intimi. Se împrieteneşte greu	- Cordial, deschis, face cunoştinţe repede, se împrieteneşte uşor
- Tinde spre depresie, melancolie, nu are simţul umorului	- Este vesel, spiritual
- Independent şi indiferent	- Reacţionează puternic la laudă sau blam
- Preferă formele habituale de viaţă; se retrage de la noile ajustări	- Adaptabil noilor situaţii
- Are persistenţă puternică. Nu renunţă uşor la activităţile începute în vederea succesului	- Persistenţă slabă; trece repede de la o activitate la alta, urmărind succesul
- Este încet şi rezervat în expresia emoţiilor	- Îşi exprimă cu uşurinţă emoţiile
- Se devalorizează pe sine	- Înclinat să pară mai mult decît este
- Constant în dispoziţia psihică. Nu trece cu uşurinţă de la o stare afectivă la alta	- Fluctuant în dispoziţia psihică

În lucrarea "Noi şi eu", Vladimir Levi, analizînd fenomenul introversie-extraversie, face şi el o clasificare a însuşirilor ce caracterizează introvertitul în opoziţie cu cele ale extravertitului:

1. Este de ajuns un eveniment lipsit de importanţă ca judecata introvertitului să se declanşeze oarecum spontan şi să ajungă la concluziile cele mai importante.

2. Se cufundă adesea în amintiri. Memoria introvertitului se deapănă ca un ghem şi nu poate fi oprită uşor.

3. Un spectacol sau un concert bun îl satisface pentru o lună întreagă.

4. Introvertitul îşi păstrează un prieten bun pentru toată viaţa. Nu leagă uşor prietenii.

5. El reţine mai uşor sensurile generale decît detaliile, de aici înclinaţia spre filozofie.

6. Cu cît sînt mai puţine veşti şi evenimente, cu atît mai bine. Introvertitul are timp să se reculeagă.

7. Preferă să aibă puţine lucruri cu condiţia ca ele să se armonizeze cu persoana lui.

8. Nu se simte cu adevărat bine decît singur. Nu este lacom, dar preferă să ia masa singur.

9. Îi vine greu să se obişnuiască cu împrejurările noi.

10. Rămîne, orice s-ar întîmpla, fidel principiilor lui.

11. Introvertitul găseşte un dublu sens acolo unde alţii nu găsesc nici unul. Pe de altă parte, ceea ce altora li se pare a avea un dublu sens pentru el nu are nici unul.

12. I se spune adeseori că nu vede lumea aşa cum este, că este departe de evenimentele acestei lumi, dar el personal nu are această impresie.

Karl Leonhard, în lucrarea "Personalităţi accentuate", consideră că introvertitul îşi trăieşte mai mult reprezentările decît percepţiile. Din această cauză, evenimentele din afară îl ating mai puţin decît propriile sale gînduri despre ele. În majoritatea cazurilor, introvertitul ajunge pe această cale la o judecată corectă şi obiectivă, pentru că vede mai departe de clipa prezentă şi ia în considerare şi experienţa anterioară.

O anumită doză de introversie favorizează formarea unor păreri juste. În cazul unei accentuări mai puternice însă, personalitatea introvertită se îndepărtează de realitate. Ea trăieşte atît de intens în lumea sa imaginară, încît ceea ce poate fi perceput în mod obiectiv nu mai este luat îndeajuns în considerare. Acesta este cazul timidităţii. În acest caz, ideile nu mai primesc corecţia necesară prin ceea ce este dat în mod nemijlocit, ele putînd să se dezvolte pe propria lor bază şi să dobîndească o realitate subiectivă, căreia îi lipseşte un fond obiectiv. În timp ce o doză sănătoasă de introversie slujeşte mai ales la formarea unei judecăţi independente, omul cu o introversie mai pronunţată trăieşte în mare parte într-o lume ireală a ideilor. Adesea introvertiţii sînt stimulaţi de probleme greu de rezolvat. De aceea ei reflectează mult asupra filozofiei, religiei, politicii, îşi formează propria lor opinie, care poate fi din punct de vedere obiectiv mai întemeiată decît a majorităţii oamenilor, dar care tot atît de bine poate fi o opinie ruptă de viaţă, care nu ţine seama de realitate. La introvertiţi acţiunea urmează ideile sau nu le urmează deloc. Pe de o parte, o încercare de a acţiona s-ar lovi adesea de realitate, insuficient inclusă în calcul, pe de altă parte, o prea puternică ideaţie este adeseori în sine opusă acţiunii. Acţiunea este îndreptată spre un obiect. Dacă obiectul atrage mai puternic atenţia, aşa cum se întîmplă la persoanele extravertite, subiectul ajunge mai uşor la acţiune. Dacă atenţia este îndreptată spre interior, pornirea acţiunii este întîrziată, deoarece solicitarea care emană de la ea îşi pierde din eficacitate. Aşa ia naştere o anumită legătură între o înclinaţie accentuată spre gîndire şi o predispoziţie minimă spre acţiune.

O mai pronunţată introversie duce la izolarea de ceilalţi oameni, care nu au înţelegere pentru ideile neobişnuite. Mai mult, legătura cu oamenii din jur poate fi

stingherită de o inaptitudine primară pentru contacte, adică o lipsă de expresivitate în gesturi şi în modulaţia vorbirii. Cînd capacitatea de a stabili contacte este bună, chiar în ciuda introversiei, persoana respectivă caută să aibă legături cu alţi oameni, dar se loveşte mereu de dificultatea de a găsi înţelegere. Dacă reuşeşte totuşi, se bucură de acea relaţie umană şi este capabilă să aibă un contact nemijlocit, plin de căldură.

După această privire descriptivă, analitică asupra introversiei, aşa cum a fost înţeleasă de mai mulţi autori, putem sintetiza (apud A. Cosmovici, "Metode de cunoaştere a personalităţii"):

Tema	Introvertitul	Extravertitul	Autorul
1. Încredere în alţii	Suspectează pe oricine	Încrezător în buna credinţă şi intenţiile altora	Murray (1938)
2. Nivel de aspiraţie	Crescut	Redus	Eysenck (1947)
3. Aprecierea performanţei proprii	Subestimează	Supraestimează	Eysenck (1947) D.
4. Viteza reacţiei	Înceată	Rapidă	Todoranu (1932)
5. Expresia emoţiilor	Tendinţă spre interiorizare şi reacţie imaginativă	Expresie spontană şi naturală în sfera emoţiilor	Allport (1937)
6. Intensitatea	Redusă	Mare	Todoranu, Powers

7. Orientarea	Spre interior	Spre exterior	Jung
8. Forma	Potențială	Cinetică	Murray
9. Tensiunea	Redusă	Puternică	Todoranu
10. Impulsul motor	Redus	Mare	
11. Ca schimbare	Imposibilitatea de schimbare momentană	Schimbare ușoară	Todoranu
12. Ca potență	Constantă	Fluctuantă	Powers
13. În raport cu cauza reală	Fără cauză	Cauză reală	Heidebreder
14. Ca formă către care tinde	Depresie, melancolie	Dispoziție bună	Powers, Eysenck

În concluzie:

1. Introversia și extraversia sînt atitudini generale, opuse care determină în ansamblu manifestarea vieții psihice preponderent în activitatea interioară, subiectivă sau în cea exterioară, în lumea obiectelor și a relațiilor sociale. Aceste atitudini vizează aspectul emoțional, afectiv din structura personalității și au rolul de reglare a echilibrului psihic privind consumul energetic în activitatea interioară sau exterioară.

2. Preponderența relativ permanentă a uneia sau alteia din cele două atitudini determină stabilizarea unor caractere integrale de fire care se manifestă constant în variate împrejurări de viață. Întrucît mișcarea psihică presupune o dimensiune afectiv-energetică la orice nivel de manifestare, distincția introversie-extraversie se răsfrînge asupra diferitelor procese psihice, privind percepția și cunoașterea, imaginația și vorbirea, organizarea relațiilor interpersonale, stabilirea sistemului de valori personale.

3. Dintre cele două tipuri psihologice, introversia este în corelație evidentă cu timiditatea. Axa schizo-ciclo creată de Kretschmer nu poate oferi decît o imagine mai clară asupra corelației introversiei cu timiditatea. Dacă plasăm în mijlocul emisferei un om obișnuit, normal - raționa Kretschmer - putem considera că la el radicalele schizo-ciclo sînt într-un echilibru relativ. Cu alte cuvinte, el are șanse egale de a contacta una din cele două maladii opuse: schizofrenia și ciclotimia (sindromul maniaco-depresiv).

De o parte a axei se află schizotimicul: individul care simte ca un schizofrenic, este un om perfect sănătos, dar a cărui structură psihoafectivă prezintă o oarecare doză schizofrenică (schizoradical). Dacă dintr-un motiv sau altul îi este dat să contracteze o maladie psihică, la el probabilitatea apariției unor tulburări schizofrenice este mai ridicată. După el urmează schizoidul. Între boală și starea normală se interpun individualitățile de graniță, care prezintă, sub o formă atenuată, simptomele fundamentale ale psihozei schizofrenice.

Individul normal, marginal, care se apropie de particularitățile schizofrenice este numit de Kretschmer schizoid. Mulți schizoizi - spune Kretschmer - sînt ca unele case romane: vile care au închis obloanele contra unui soare prea arzător, însă unde la lumina strecurată din interior se celebrează orgii. Această închidere în sine este ceea ce a numit Bleuler autism. La schizoizi predomină următoarele însușiri (de la hipersensibilitate la orbire și răceală afectivă):

1. Nesociabil, liniştit, rezervat, serios, fără umor, bizar, tăcut.
2. Timid, fricos, nervos, sensibil, susceptibil, agitat, impresionabil, prieten al naturii şi cărţilor.
3. Docil, cu sînge rece.

Schizoizii, în măsura în care sînt capabili de acţiune, au un ritm de activitate neregulat, cu zig-zaguri. Curba de activitate a temperamentului schizoidului este formată din salturi. Individualităţile schizoide oscilează în cea mai mare parte între tenacitate şi instabilitate. Schizoizii mai posedă o calitate numită ambivalenţă. Această însuşire simbolizează alternanţa afectivităţii schizoide care nu cunoaşte decît două posibilităţi extreme: sînt sau încîntaţi, sau jigniţi, iubesc cu pasiune sau urăsc de moarte. Totul sau nimic. Le trebuie laurii lui Schiller sau nu sînt decît nişte rataţi, al căror unic mijloc de scăpare este sinuciderea.

În ceea ce priveşte particularităţile sociale ale schizoizilor, ceea ce apare unui cicloid sau om normal ca firesc în lume, ca stimulent pentru desfăşurarea vieţii, este considerat de către schizoizi ca urît şi brutal. Disprețuiesc lumea exterioară şi se închid în interior. Schizoizii caută mereu solitudinea, pentru a se înveli în gogoaşa de mătase ţesută de propriul lor suflet (D. Todoranu, "Psihologia temperamentului"). În general, scrie Kretschmer, ei sînt sau cu desăvîrşire nesociabili, sau au o sociabilitate redusă la un cerc rigid, sau sînt sociabili superficial, fără nici o comuniune sufletească cu anturajul. Neliniştea profundă pe care o simt schizoizii în situaţii neobişnuite şi aversiunea pentru schimbările în situaţia lor îi fac să iubească natura şi cărţile. Mimica persoanelor cu o constituţie net schizoidă este cînd săracă, cînd excesivă, ajungînd pînă la grimasă. La persoanele cu o constituţie cicloidă mimica este întotdeauna armonioasă şi adecvată. La schizoizi predomină uneori o expresie permanentă, un zîmbet sarcastic, de exemplu. Se observă uneori o surprinzătoare disparitate între mobilitatea unor părţi ale feţei, frunţii sau gurii şi fixitatea restului. Vorbirea este incoerentă, vocea monotonă sau, dimpotrivă, puternică şi inexpresivă. Uneori registrul se poate schimba brusc, într-un mod foarte clar, individul făcînd pauze ciudate şi adoptînd un ton bizar, tăcînd cînd te aştepţi să vorbească sau rostind cîteva cuvinte cînd crezi că este pe punctul de a tăcea. Atitudinile sînt uniforme, ele nu se schimbă prea des, iar cînd se schimbă, se schimbă în mod brusc.

Din descrierea relaţiei introversie-timiditate se poate observa că trăsăturile introvertitului sînt prezente la timid: neîncrederea în sine; subestimarea; lipsa de spontaneitate; nehotărîrea, nesiguranţa; nivel de aspiraţie crescut; viteză de reacţie lentă; exprimarea defectuoasă a emoţiilor; izolarea; imposibilitatea de schimbare momentană a dispoziţiei şi a activităţii; spiritul autoanalitic; grija pentru amănunte; tendinţa spre melancolie, depresie; orientarea spre trecut; inapt pentru acţiune; dificultatea comunicării interpersonale.

Cînd introversia este mai accentuată sub formă de schizoidie, timiditatea alunecă spre graniţa patologicului. Kretschmer a identificat printre trăsăturile schizoidului timiditatea. La schizoizi întîlnim aceeaşi căutare a solitudinii, acelaşi dispreţ pentru lumea exterioară, aceeaşi dorinţă de perfecţiune, aversiunea pentru schimbări ca şi la timid. Gradul de manifestare a acestor simptome este în funcţie de gravitatea timidităţii. Analizînd intro-extraversia, schizo-cicloidia, schizoidia în relaţie cu timiditatea, se poate concluziona:

a) Nu orice persoană la care predomină introversia este timidă, dar orice timid este un introvertit, schizotimic sau schizoid în fazele grave ale timidităţii.

b) Introversia în diferitele ei grade este un factor necesar, dar nu suficient pentru instalarea timidităţii. Dacă lipsesc ceilalţi factori: hiperemotivitatea, dificultatea de a stabili contacte sociale, cauzele exogene, timiditatea nu se manifestă.

c) În majoritatea cazurilor, un individ extrem de introvertit stabileşte foarte greu contacte afective şi sociale, dar această dificultate poate fi întîlnită şi la indivizii extravertiţi. De asemenea, există indivizi introvertiţi care au capacitatea de a stabili în mod facil contacte afective şi sociale. Această distincţie între introversie şi dificultatea de a stabili contacte a fost făcută şi de K. Leonhard în lucrarea "Personalităţi accentuate".

Distimia

Timidul face parte din categoria oamenilor "serioşi din fire" (K. Leonhard, 1979). Starea permanentă de teamă, nelinişte, care devine o adevărată obsesie a iminenţei producerii răului, eşecului, neîncrederea în sine, autoanaliza, susceptibilitatea afectează capacitatea timidului de a se bucura. Ca urmare, empatia timidului se orientează spre polul său negativ, spre receptarea evenimentelor triste ale vieţii. Dar între recepţia şi reacţia empatică se instalează un blocaj al comunicării, care se explică prin inhibiţia segmentului expresivo-comportamental, indusă de hipersensibilitatea timidului. Este aceeaşi explicaţie a contradicţiei între bogăţia afectivă reală şi sărăcia expresivă a timidului.

În mod sintetic am putea prezenta acţiunea stucturantă a factorilor afectogeni astfel:

- la început teama are un obiect real, se referă la o situaţie concretă, obiectivă - eşecul;
- apoi teama prin anticipare şi reprezentare negativă "creează" noi obiecte conflictuale, noi eşecuri;
- prin generalizare, teama se detaşează de obiect şi acţionează de sine stătător, într-o circularitate vicioasă.

Acest mecanism este mai bine pus în evidenţă la nivelul factorilor psihointelectuali.

III. Factorii psihointelectuali

Raţionamentul afectiv, hiperanalitic, intuitiv

Raţionamentul timidului este unul afectiv, pasional (Ribot, 1988), bazîndu-se pe indicii şi nu pe date complexe, conducînd la formarea unor concepte false, rezumate de experienţa afectivă, negativă, care au fost denumite de Bourloud implexe (apud Mucchielli R., 1971).

Este necesară observaţia că raţionamentul afectiv este specific timidului numai în relaţia sa cu ceilalţi şi nu în general. În raporturile de intercomunicare timidul este interesat nu atît de încărcătura informaţională a comunicării, cît de ecoul ei, de componenta afectivă; de aici dezechilibrul celor două componente.

Afectivizarea relaţiei de comunicare este şi rezultatul altui dezechilibru: dintre aspectul intuitiv şi cel discursiv al comunicării. Predominarea intuiţiei oferă o imagine globală, dar de cele mai multe ori falsă, datorită lipsei elementului discursiv şi a generalizărilor forţate.

Hiperautoanaliza timidului în momentul acţiunii determină dedublarea lui în Eul individual - sentimental, cel analizat, şi Eul social, judecător al emoţiilor Eului individual (Dugas, 1903).

Această dedublare în autoanaliză se interpune între începutul şi sfîrşitul acţiunii. Factorii psihointelectuali au un rol extrem de important deoarece acţionează atît de sine stătător, cît şi asupra celorlalţi factori ai timidităţii. Astfel, percepţia timidului sub influenţa anticipării eşecului se transformă în apercepţie negativă, iar în corelaţie cu factorii motivaţionali chiar în autosugestie negativă.

Unii autori (M. Ghivrigă, "Copiii timizi") consideră cauzele psihologice drept o consecinţă a cauzelor fiziologice. Timidul este lent în gîndire, îşi "rumegă" îndelung eşecurile, nu are spontaneitate din cauza inerţiei proceselor nervoase. El are momente de dezorganizare a gîndirii din cauza emoţiei şi a inhibiţiei intense. Este nehotărît, nesigur, are tendinţe spre melancolie şi depresie tot din cauza inhibiţiei. Toate aceste însuşiri psihologice sînt expresia mai mult sau mai puţin inevitabilă a unei formule fiziologice specifice. Sîntem de acord cu această interpretare, cu specificaţia că actele psihologice ca nehotărîrea, nesiguranţa, lipsa de spontaneitate, orientarea spre trecut, tendinţa spre melancolie nu se reduc la fenomene fiziologice. În acest caz am identifica în mod incorect timiditatea cu tipul de sistem nervos slab şi am ajunge la ipoteza inferiorităţii tipului de sistem nervos slab în comparaţie cu celelalte tipuri de sistem nervos. Or, după cum ştim, între temperamente nu s-a instituit o scară valorică, trăsăturile de temperament sînt calităţi sau defecte în funcţie de împrejurările mediului social, cultural, în funcţie de orientarea lor în activitate. Transformarea inhibiţiei în nehotărîre, nesiguranţă şi nu în prudenţă depinde de intervenţia conştientă a timidului asupra lui însuşi. Este vorba despre procesele intelectuale care pot declanşa sau agrava timiditatea, fără ca ele să fie consecinţa directă a unor fenomene fiziologice, dar avînd totuşi la bază elemente constituţionale, cum ar fi introversia. Dugas făcea observaţia că transformarea intimidării în timiditate are loc în două feluri: sau timiditatea se formează şi se dezvoltă după legile asociaţiei şi ale memoriei, sau ea se naşte din gîndire. În primul caz este vorba despre timiditatea spontană, în al doilea caz despre timiditatea autentică, sistematizată. În primul caz o reacţie neadecvată a timidului se asociază cu o anumită împrejurare şi mai ales cu o anumită persoană şi ori de cîte ori timidul se află într-o situaţie identică sau asemănătoare şi în prezenţa persoanei respective legile asociaţiei şi ale memoriei afective determină în mod automat, spontan, aceeaşi reacţie neadecvată.

În al doilea caz timiditatea ia naştere prin meditaţia timidului asupra posibilităţii de a se intimida într-o împrejurare nouă, de a nu găsi răspunsul potrivit, gestul adecvat: disecarea unui răspuns posibil în toate variantele imaginabile, variante care se neutralizează unele pe altele şi tocmai prin excesul de pregătire şi analiză devin neaplicabile.

IV. Factorii motivaţionali, de perturbare a conştiinţei de sine

Conflictul, complexul, frustrarea, stresul şi raporturile de interdependenţă dintre ele acţionează la nivelul nucleului personalităţii timide, Eul, şi au ca rezultat perturbarea conştiinţei de sine şi, corelativ, a conştiinţei de alţii.

Astfel, **conflictul** se prezintă sub cele două forme ale sale: conflictul interpersonal şi conflictul intrapersonal, cu posibilitatea trecerii de la o formă la alta prin mecanismele de interiorizare şi exteriorizare (Ane-Marie Rocheblave-Spenlé, 1970).

Aceste tipuri de conflicte au, în cazul timidităţii, o acţiune specifică. În cazul timidităţii spontane specific este faptul că lupta între timid şi situaţie se personalizează, se afectivizează şi devine un conflict între persoană şi persoană, între timid şi netimid.

Timiditatea sistematizată, autentică (Dugas, 1903) se dezvoltă prin meditaţia timidului asupra posibilităţii de a se intimida, expectaţia eşecului, conflictul între Eul spiritual şi cel social, între Eul fundamental şi Eul secund (Bergson), între Eul manifest şi Eul latent. Cu cît timidul este mai intelectualizat, cu atît această dedublare este mai mare.

Astfel, se poate spune că specific timidităţii brute, spontane este conflictul interpersonal, iar timidităţii sistematizate conflictul intrapersonal. Circuitul între aceste două tipuri de conflict este atît de la exterior spre interior, cît şi de la interior spre exterior. Conflictul interpersonal, prin repetare, generalizare forţată se fixează, se interiorizează în conflict intrapersonal, iar acesta, prin mecanismele de apărare ale Eului, se exteriorizează în conflict interpersonal, "creînd" noi persoane - stimuli negativi.

Schematic, am putea prezenta aceste procese conflictuale astfel:

conflict timid-situaţie —personalizare→ conflict persoană-persoană

conflict interpersonal —interiorizare→ conflict intrapersonal

conflict intrapersonal —exteriorizare→ conflict interpersonal

conflict —tensiune afectivă→ inacţiune

Complexul de inferioritate, aşa cum a fost definit de Freud (1906), poate conduce la timiditatea autentică, sistematizată, formată prin cronicizarea şi sistematizarea timidităţii brute, spontane.

Complexul în viziunea lui Jung (apud Mucchielli R. 1971) este responsabil de instalarea timidităţii condiţionate, formate prin legea asociaţiei, în urma unui lanţ de eşecuri.

De asemenea, Freud, definind complexul ca "organ de dezvoltare psihică" (Mucchielli, 1971), ne aminteşte că timiditatea autentică este un autoconstruct, o suprastructură maladivă, rău integrată în structura personalităţii. Ideea compensaţiei şi supracompensaţiei lansată de Adler (1907) este esenţială pentru înţelegerea timidităţii.

Timiditatea porneşte de la un sentiment de inferioritate, care poate fi real sau imaginar, dar mecanismele defensive ale Eului (apud Claparede, 1936) declanşează procesul compensaţiei şi supracompensaţiei, care transferă sentimentul de inferioritate din zona normalului în zona marginalităţii normalului, transformîndu-l în complex.

Mecanismele operatorii ale complexului (Mucchielli 1971) sînt perfect funcţionabile în timiditate. Percepţia timidului se transformă, prin anticipare şi reprezentare negativă, prin mecanismul asociaţiei afective, în apercepţie negativă. Procesele cognitive, raţionamentul afectiv, pasional, specific timidităţii, conduc la formarea de false concepte. Atît timiditatea brută, cît şi cea sistematizată se automatizează în deprinderi negative.

În comparaţie cu conflictul, care conduce la blocarea acţiunii, complexul duce la adaptarea negativă:

Complex —Mecanismele defensive ale Eului→ adaptare negativă

Frustrarea se apropie de timiditate prin "faptul că se produce numai în cazul unui raport social, în condiţiile unui conflict motivaţional uman, implică cu necesitate actul evaluării şi interpretării, prin care persoana frustrată atribuie conduitei persoanei frustrante reaua intenţie, acţiunea în sensul privării unui drept" (Rudică, 1979). Acesta, la timid, este dreptul la dragoste, la simpatia necondiţionată a semenilor.

Un alt argument al apropierii între timiditate şi frustrare este conştiinţa unei stări de privaţiune.

Stresul este de asemenea structural şi structurant în raport cu fenomenul timidităţii. Anticiparea răului, tensiunea afectivă, neliniştea sînt specifice atît stresului, cît şi timidităţii. Schematic, acţiunea frustrării şi stresului poate fi reprezentată astfel:

Frustrare, stres ——→ inadaptare socială.

Toţi aceşti factori: conflictul, complexul de inferioritate, frustrarea, stresul conduc la concentrarea personalităţii timide pe Eu, la afectivizarea relaţiilor sociale şi expectanţa simpatiei necondiţionate, la ambivalenţa socio-afectivă (nevoia şi fuga de oameni), indecizia între autosubestimare şi autosupraestimare, pînă la disocierea Eului între componenta individuală şi cea socială.

V. Factorii socio-educaţionali

Cauzele endogene nu acţionează izolat, ci într-o corelaţie indisolubilă cu cauzele exogene. Timiditatea fiind o "socio-fobie", în producerea ei raporturile timidului cu gru-

pul - familia, şcoala, grupul profesional, societatea în general - au un rol specific. Dacă greşelile educative nu ar exista, nu ar orienta negativ predispoziţiile înnăscute ale timidului, timiditatea ar apărea accidental sau în împrejurări excepţionale, care s-ar agrava numai pe un teren congenital foarte receptiv (M. Ghivirigă). Hiperemotivul ar deveni mai degrabă artist decît timid, iar reprezentantul tipului de sistem nervos slab ar rămîne un om liniştit, retras, puţin melancolic, dar fără complexe de inferioritate şi fără crize de intimidare.

Greşelile educative accentuează însă tendinţa înnăscută de orientare spre poziţiile de retragere, atitudinea de permanentă defensivă a candidatului posibil la timiditate. În lucrarea "Defectele părinţilor", A. Berge (1967) analizează o serie de defecte ale părinţilor, cum ar fi: incapacitatea de a iubi, teama, hiperprotecţionismul, perfecţionismul, spiritul posesiv, narcisismul, nervozitatea. Aceste defecte ale părinţilor pot duce la actualizarea fondului nativ de timiditate al copiilor lor.

Lipsa de dragoste în familie poate accentua şi dezvolta timiditatea. Această lipsă de dragoste se poate datora următoarelor situaţii: cînd copilul nu a fost dorit în familie; cînd apare concurenţa între mamă şi fiică (mama, înbătrînind, vede în fiica ajunsă la strălucitoarea frumuseţe a adolescenţei o rivală), deci o cauză freudiană; ura din copilărie a unui părinte faţă de tatăl său este transferată de acesta copilului său faţă de el. Părintele îşi imaginează că este urmărit de un fel de lege a talionului. El atribuie fiului său unele sentimente filiale pe care le-a cunoscut, asemănîndu-se cu regii din legendă care vor ca urmaşul lor să fie ucis încă din leagăn pentru că oracolul le-a prezis că tînărul prinţ va deveni într-o zi patricid. Un copil interiorizat şi cu un sistem nervos slab, care nu este nici iubit în familie şi simte acest

lucru, se va închide şi mai mult în sine, se va teme şi mai mult de oamenii din jur.

Hiperprotecţionismul este un defect al părinţilor izvorît din teamă şi dintr-un excesiv simţ de proprietate. Aceşti părinţi îşi imaginează idealul pentru copilul lor, acela de a fi pus în vitrină şi de a nu fi scos decît pentru a fi arătat vizitatorilor de seamă. Copilul hiperprotejat nu va dobîndi încredere în sine şi siguranţă în viaţă. El pare să fie destinat să rămînă mereu timid, să se simtă întotdeauna, chiar cînd va deveni adult, în stare de contravenţie ori de cîte ori va manifesta o oarecare tendinţă de a deveni independent. Este pregătit pentru o existenţă ştearsă, un sentiment permanent de inferioritate, în afara unor răbufniri posibile de revoltă care îl salvează sau care îl aruncă în extrema cealaltă.

Perfecţionismul. Părinţii doresc în acest caz să-şi transforme copiii în cei mai cuminţi, mai inteligenţi, cei mai curajoşi, cei mai cei din lume. A cere unui copil mai mult decît poate să dea înseamnă a risca să obţii mai puţin decît ar fi putut da. Copilul părinţilor perfecţionişti fie că nu mai îndrăzneşte să trăiască, fie că face contrariul lucrurilor care i se cer. În primul caz el devine timid, pasiv, îşi pierde originalitatea, în cazul opus poate deveni delincvent.

Nervozitatea este unul dintre defectele majore ale părinţilor. Se poate spune că este un superdefect. Cum reacţionează copiii la nervozitatea părinţilor? Fie că-şi imită înfricoşătorii părinţi, fie că, dimpotivă, devin timizi şi abia îndrăznesc să spună ceva, neavînd curajul să dezvăluie ceea ce au pe suflet.

Lipsa de concordanţă în exprimarea cerinţelor faţă de copil duce la dezorientarea acestuia, la nesiguranţă în atitudini şi acţiuni. Copilului îi lipseşte un model cert, o soluţie

sigură pentru o situaţie tip. Lipsa de încredere în sine şi de iniţiativă, lipsa de curaj şi spontaneitate pot proveni din dezacordul amintit.

Narcisismul părinţilor este o greşeală aparte. În loc să se oglindească într-un lac ca Narcis, ei se oglindesc în persoana copiilor lor. Deosebirea dintre perfecţionist şi narcisist constă în faptul că primul este mereu nemulţumit, iar al doilea este în general mulţumit. Părintele perfecţionist se supără pe copil dacă acesta este criticat, în timp ce părintele narcisist în aceste împrejurări se supără pe cel ce formulează criticile.

De ce suferă copilul unui părinte narcisist? El se teme că nu este atît de remarcabil pe cît îşi închipuie alţii. Dar şi prea multă admiraţie îl face deseori mai mult timid decît încrezător în sine. Narcisismul părinţilor dezvoltă la copil sentimentul că el este punctul de atracţie al tuturor celor pe care îi întîlneşte. Unui copil cu predispoziţie spre timiditate îi va fi foarte greu să acţioneze după propria conştiinţă. Ceilalţi îi vor ţine loc de conştiinţă, o conştiinţă foarte schimbătoare şi superficială. În felul aceste timiditatea lui se va accentua.

Toate aceste defecte ale părinţilor se întîlnesc şi la profesori. Lipsa de dragoste din familie se transformă în lipsa de dragoste a profesorului faţă de elevi. Lipsa de dăruire profesională şi umanistă va fi resimţită de toţi elevii, dar mai ales de cei timizi care au nevoie, pentru a răspunde cu succes sarcinilor şcolare, de mai multă afecţiune decît ceilalţi elevi. Elevii timizi simt o nevoie vitală de a se şti înţeleşi, protejaţi (nu hiperprotejaţi), de a şti că profesorul nu le este ostil sau indiferent. Ostilitatea profesorilor faţă de elevii timizi îi determină pe aceştia să înveţe din obligaţie, dar le neutralizează originalitatea, dorinţa de afirmare. Indiferenţa îi îndepărtează de şcoală şi de profesor poate mai mult decît

ostilitatea, pentru că ei nu concep să nu fie în atenţia celorlalţi într-un fel sau altul. Iar cînd realizează acest lucru se simt dezorientaţi, neajutoraţi. Indiferenţa profesorilor faţă de elevii timizi poate conduce la tratarea nenuanţată a lor. Tratarea nediferenţiată a elevilor timizi se poate concretiza în: ascultarea elevului timid chiar în ziua cînd are loc o inspecţie; nesalvarea elevului timid de hazul şi critica colegilor cînd acesta face o gafă sau dă un răspuns greşit la lecţie; lipsa de tact care se manifestă prin expresii ce-i amintesc elevului că este timid, îi fac publică timiditatea, accentuîndu-i-o.

Hiperprotecţionismul şcolar se manifestă în foarte multe forme, însă nu toate sînt legate de timiditate. Dacă fenomenele cunoscute şi acceptate într-o anumită măsură, al haloului, de exemplu, au efecte reduse la netimizi, la timizi ele pot conduce la accentuarea timidităţii.

Perfecţionismul şcolar se concretizează prin impunerea unor sarcini prea greu de rezolvat pentru elevii timizi.

Nervozitatea profesorului determină instalarea unei atmosfere de tensiune în clasă, deloc favorabilă desfăşurării procesului instructiv şi mai ales educativ. Pedepsirea elevului timid pentru greşeli minore sau chiar majore trebuie făcută cu grijă, deoarece poate duce la accentuarea timidităţii (timidul exagerează importanţa pedepsei). Este poate mai util pentru timid încurajarea unei conduite mai libere, permiţîndu-i să se mai abată uneori de la regulile prestabilite, pedepsindu-l cu bunăvoinţă.

Competiţia, a fi primul (Zimbardo, 1979) reprezintă una din exigenţele anumitor medii şi grupuri sociale, care constituie o cauză exogenă a timidităţii. Societăţile construite pe principiul competiţiei şi succesului personal sînt generatoare de condiţii favorabile instalării timidităţii.

Etichetarea şi atribuirea (Zimbardo, 1979). Adevărată sau falsă, eticheta inversează raportul firesc cauză-efect. Dacă în mod normal o reacţie neadecvată sau un lanţ de reacţii neadecvate ar putea conduce la etichetarea unei persoane ca timidă, punerea unei etichete şi exploatarea ei cu sau fără acoperire poate genera timiditate, transformînd-o din prejudecată în cauză a ei (tendinţa de a te conforma expectanţelor celorlalţi). O etichetare reprezintă totdeauna o concentrare de fapte, o generalizare socială şi are puterea generalizării şi a experienţei sociale.

Conflictul status-rol-sine. Cînd între rol-status şi sine există o neconcordanţă, care poate evolua pînă la opoziţie şi conflict, acestea disociază Eul în Eul social manifest şi Eul individual latent, între personaj şi persoană (Alexandrescu I., 1988). Astfel este alegerea unei profesii care necesită calităţi (care la timizi sînt deficitare), cum ar fi: viteza mare de reacţie, atenţie distributivă, întreţinerea unor relaţii permanente cu publicul, luarea unor decizii rapide.

Un rol deosebit de important în evitarea eşecului sau insuccesului profesional îl are orientarea şcolară şi profesională, ca şi testarea psihologică a candidatului la angajare.

Învăţarea socială negativă. În acest tip de învăţare esenţiale sînt răspunsul anticipativ (Miller şi Dollard, 1941), care la timid este negativ, condiţionarea emoţiilor şi nu a comportamentului (Mowrer, 1960), în cazul timidului a emoţiei de teamă, medierea centrală, intelectuală a învăţării sociale (Bandura, 1966), intelectualismul timidului (apud Mureşan P., 1980).

Alte procese implicate în învăţarea socială negativă sînt autosugestia negativă pentru eşec, imitaţia negativă a timizilor, hipermotivaţia, superconştientizarea, antrenamentul eşecului.

Dacă în literatura de specialitate s-a afirmat că timiditatea acţionează fie asupra actelor, fie asupra gîndirii, fie a sentimentelor, din avansarea ipotezei factorilor structuranţi şi structurali ai timidităţii s-a constatat că timiditatea afectează întrega personalitate, dar în grade diferite, în funcţie de predominarea unora sau altora dintre factori.

Astfel, putem concluziona:

1. Timiditatea este o tulburare de personalitate care gravitează în jurul perturbării conştiinţei de sine de auto şi interestimare.

2. Obiectul timidităţii îl constituie teama de oameni, de prezenţa sau reprezentarea lor. Dacă această teamă poate fi reală, o ameninţare reală din partea oamenilor în cazul timidităţii situaţionale, specific timidităţii autentice este ameninţarea mai mult imaginară, presupusă.

3. Conţinutul acestui fenomen este configurat prin interacţiunea anumitor factori endogeni şi exogeni, cu predominarea unora sau altora, în grade şi forme diferite.

4. În literatura de specialitate nu s-a precizat în ce sferă poate fi inclus acest fenomen, a normalului sau a patologicului. Timiditatea se desfăşoară pe un traseu larg, de la normal (timiditatea brută, spontană) pînă la graniţa normalului cu patologicul (timiditatea sistematizată, autentică, numită şi „sala de aşteptare" a nevrozelor).

5. Efectul acestei tulburări a personalităţii este inadaptarea socială sau adaptarea negativă.

Ca urmare, avansăm următoarea definiţie a timidităţii: timiditatea este o tulburare afectogenă a personalităţii, a conştiinţei de sine, de auto şi interestimare, care se manifestă

în prezenţa oamenilor sau a reprezentării lor şi determină inadaptarea sau adaptarea negativă.

Această definiţie preexperimentală va fi completată cu una operaţională, rezultată în urma experimentului terapeutic, care pune în evidenţă structura internă a timidităţii: factori generali, factori particulari şi factori individuali (a se vedea concluziile finale).

Bibliografie

1. Adler A. (1991), **Cunoaşterea omului**, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

2. Alexandrescu I. (1988), **Persoană, personalitate, personaj**, Editura Junimea, Iaşi.

3. Allport G.W. (1981), **Structura şi dezvoltarea personalităţii**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

4. Chelcea S. (1983), **Eu, tu, noi. Viaţa psihică: ipoteze, certitudini**, Editura Albatros, Bucureşti.

5. Cosmovici A. şi colab. (1972), **Metode pentru cunoaşterea personalităţii**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

6. Crăciunescu R. (1980), **Intro-extraversiunea**, teză de doctorat.

7. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psychologique et morale**, Alcan, Paris.

8. Dugas L. (1921), **Les grands timides**, Alcan, Paris.

9. Dugas L. (1925), **Les timidité, dans la litterature et l'art**, Alcan, Paris.

10. Dumas G. (1932), **Nouveau traité de psychologie**, vol. 2, Alcan, Paris.

11. Fraisse P., Piaget J. (1970), **Traité de psychologie experiméntale**, vol. 5, PUF, Paris.

12. Jung C.G. (1975), **L'homme et la découverte de son ame**, Payot, Paris.

13. Lacroix J. (1936), **Timidité et adolescence**, Alcan, Paris.

14. Leonhard K. (1979), **Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

15. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozive counselling and conditionning approaches**, în *A.E.P. Journal*, vol. 6.

16. Mucchielli R. (1971), **Les complexes personnels**, E.S.F., Paris.

17. Mureşan P. (1970), **Învăţarea socială**, Editura Albatros, Bucureşti.

18. Owen R. (1987), **The relationship between social anxiety and need for approval shyness**, dissertation abstract.

19. Roscheblave-Spenlé A.M. (1970), **Psychologie du conflict**, Paris.

20. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală în psihoterapie**, Editura "Al.I. Cuza", Iaşi.

21. Rudică T. (1984), **Niveluri ale conduitei umane**, Editura Junimea, Iaşi.

22. Rudică T. (1990), **Maturizarea personalităţii**, Editura Junimea, Iaşi.

Capitolul III

Mecanismele psihologice ale timidităţii. Dinamica internă a timidităţii

Am analizat fenomenele structurale şi structurante ale timidităţii, care sînt: teama, complexul, fobia, introversia, distimia, conflictul, frustarea, stresul. Toate acestea acţionează prin intermediul unor mecanisme psihologice proprii asupra întregii personalităţi timide.

Timiditatea, fiind o tulburare a personalităţii, circularitatea funcţional-cibernetică a psihicului este perturbată în psihologia timidităţii, iar feedback-ul se constituie într-un mecanism psihologic fundamental, înţeles ca model operatoriu de autoconstrucţie a timidităţii, marcat de negaţie şi supracompensaţie. Ne propunem să analizăm cîteva dintre cercurile vicioase ale timidităţii, ca mecanisme psihologice ale ei.

1. PERCEPŢIE NEGATIVĂ ⟷ APERCEPŢIE NEGATIVĂ

O persoană nu a reuşit să aibă o reacţie adecvată într-o anumită situaţie. Această situaţie nu este semnificativă prin ea însăşi, însă secundaritatea timidului o va transforma în stimulul unui şir de nereuşite asemănătoare: **teama de eşec.**

TEAMA DE EŞEC (emoţia negativă de teamă) atrage într-o consonanţă negativă şi mediază fenomenele intelectuale de reprezentare negativă şi anticipare a eşecului şi pe cele motivaţional-conflictuale de autosugestie negativă.

Astfel:

teama de eşec
EŞEC nesemnificativ ⟶ percepţie negativă ⟶

reprezentarea eşecului ⟶ apercepţie negativă ⟶ conflict, complex,

frustrare, stres
⟶ autosugestie negativă ⟶ EŞEC semnificativ

A.D.: "Ţin minte că alergînd prin clasă am răsturnat vaza de flori peste catalog. Pentru mine acest lucru a fost catastrofal şi cred că de atunci am început să mă închid în mine. Mă deranjează orice observaţie şi dacă fac o greşeală cît de mică, mă mustră conştiinţa săptămîni în şir." (Jurnal intim).

inducţie negativă
2. HIPERSENSIBILITATE ⟶ HIPOEXPRESIVITATE

Este unanim admis că timidul, prin natura sa, este un emotiv. Hipersensibilitatea timidului se manifestă printr-o reactivitate interioară exagerată, şi anume prin frecvenţă, intensitate, durată, extensiune, printr-o sensibilizare difuză şi mobilizare energetică necontrolată. Hiperemotivitatea timidului provoacă prin inducţie negativă inhibiţia totală sau incompletă a actelor voluntare, de gîndire, vorbire, comportament, de unde efectul de "paralizie" sau dezorganizare a acestora în funcţie de intensitatea stimulilor. Astfel, apar manifestări de stîngăcie în timiditatea volitivă, de stupiditate în timiditatea intelectuală şi de stupoare în cea afectivă sau toate aceste forme manifestate la un loc în timiditatea constituţională, sistematizată în grade diferite: de la agitaţie la inerţie, de la gol la haos.

A.D.: "Această sensibilitate mă face să mă simt deseori în afara celorlalţi pe care îi cunosc, iar relaţiile mele cu cei din jur constituie pentru mine o problemă. De multe ori nu pot să mă manifest în mod firesc, într-un grup oarecare de cele mai multe ori nu particip la discuţii, iar atunci cînd mă duc la o petrecere mă simt oarecum străină." (Jurnal intim).

AFECTIVITATEA este marcată de hipersensibilitate, anxietate, fobie, introversie, distimie, care prin intermediul mecanismelor de intempestivitate (disproporţie între cauză şi efect), perseverare (tendinţă la repetiţii, stereotipii), hipermnezie (incapacitatea de a încheia acţiunile) mai ales pentru stimulii negativi (Erikson, Davis, 1955), obsesie, fixaţie, determină următoarele procese specifice timidităţii:

a) **afectivizarea relaţiilor sociale**. Timidul construieşte edificiul relaţiilor sale sociale pe un criteriu unic, acela al simpatiei sau antipatiei semenilor lui. Toate celelalte criterii, de interacţiune cognitivă, interese, influenţă, sînt subordonate relaţiei afective.

b) **generalizare afectivă.** Timidul este un om al extremelor. Pentru el nu există cale de mijloc. El interpretează relaţiile sociale fie ca foarte favorabile, fie ca foarte nefavorabile. Această nediferenţiere este rezultatul afectivizării sociale, deoarece funcţia afectivităţii este de globalizare, unificare şi nu de disociere, ca a raţionamentului. Rousseau, un mare timid, recunoştea: "a fi iubit de toţi cei de care mă apropiam era cea mai vie dorinţă a mea" (L. Dugas, 1921).

c) **ambivalenţa socio-afectivă**: Nevoia şi în acelaşi timp fuga de oameni, gustul pentru singurătate şi dorinţa ardentă de sociabilitate, bogăţia afectivă şi sărăcia expresiv-comportamentală se explică prin disocierea între conţinutul afectiv bogat şi forma de exprimare a acestui conţinut, săracă, redusă. La acest nivel este afectată funcţia socială a emoţiei, de comunicare, capacitatea empatică, de transpunere în situaţia interlocutorului.

S. Marcus (1987) descrie trei mecanisme psihologice ale empatiei: condiţia externă (un model de comportament), condiţia internă (sensibilitate, imaginaţie, dorinţă de comunicare), credinţa în convenţie. Dacă cea de-a doua condiţie, cea internă, este asigurată la timid, condiţia externă a modelului şi credinţa în convenţie nu sînt respectate. Timidul este prin definiţie un aconvenţional.

funcţia socială
a emoţiei
3. NEVOIA DE OAMENI ——→ FUGA DE OAMENI

Afectivitatea timidului pendulează dureros între nevoia şi fuga de oameni. Sufletul timidului este avid de simpatie, prietenie, dragoste. Această necesitate acută se explică prin faptul că viaţa afectivă interioară a timidului este foarte bogată, trăirile sale sînt mai intense, mai profunde şi mai stabile decît la majoritatea oamenilor. Şi totuşi, deşi timidul resimte simpatia ca pe o necesitate vitală, el este mereu nesatisfăcut de ceea ce primeşte, pentru că într-adevăr primeşte foarte puţin. (El nu ştie să-şi regleze conturile între a primi şi a da.) Şi primeşte foarte puţin pentru că dă foarte puţin. Cum se explică această contradicţie, acest sentiment ambivalent care îl torturează pe timid: "nevoia şi fuga de oameni"?

Timidul nu posedă de la natură dispoziţia de a simpatiza cu uşurinţă cu semenii, de a-şi transmite sentimentele, de aceea comunicarea interindividuală afectivă este deficitară la timid. Lipsa de "magnetism social" a timidului se datorează introversiei, elementul nodal al timidităţii şi experienţei afective negative pe care el a acumulat-o. Timidul autentic se intimidează atît în faţa unui public numeros, cît şi în faţa unei singure persoane, atît în prezenţa străinilor, cît şi a persoanelor familiare. În faţa unui public numeros compus din persoane diferite el simte imposibilitatea reală de a simpatiza cu toţi, căci - raţionează timidul - aceleaşi motive pentru care el ar putea fi simpatic unora îi pot aduce antipatia altora. Mai mult, un public numeros este în mare parte un public necunoscut şi cu necunoscuţii timidul nu poate avea puncte de contact.

Cînd este intimidat de persoane cunoscute, familiare, este pentru că îşi dă seama pînă la ce punct simpatia lor faţă de el este veritabilă, pentru că a măsurat abisul care separă gîndirea şi sentimentele lor de ale lui. Foarte frecventă este timiditatea între părinţi şi copii. Această timiditate, ascunsă de familiaritatea exterioară, este reală şi dureroasă de ambele părţi. Timiditatea poate subzista în cea mai mare intimitate.

Persistenţa timidităţii afective explică timiditatea atît în discuţiile banale, cît şi în cele elevate. În discuţiile elevate, timidul se teme că nu este capabil să se ridice la acest nivel; această teamă îi "paralizează" atenţia şi inteligenţa, încît el ajunge cu adevărat la acest rezultat. Iar acest eşec, fixat în memorie, actualizat şi supraevaluat, va declanşa o reacţie în lanţ de eşecuri în raport cu orice discuţie elevată. Discuţiile banale sînt considerate de timid nedemne pentru

el, deoarece în timpul lor nu se realizează un schimb real de idei şi sentimente, iar timidul dispreţuieşte "pălăvrăgeala".

Timidul se teme ca sentimentele sale delicate şi originale să nu fie interpretate greşit, vulgarizate, banalizate. De asemenea, el se teme de a nu-şi profana singur sentimentele, de a nu le putea reda sau de a le reda greşit; se teme să nu pară exagerat cînd nu este decît sincer. Această teamă, care se suprapune peste dificultatea reală de a comunica, este o cauză psihologică a timidităţii afective. Şi astfel timidul rămîne un izolat, cu foarte multe dificultăţi de comunicare afectivă cu semenii.

A. D.: "Eu cred că o prietenie adevărată stă la baza tuturor lucrurilor; fără prieteni te simţi foarte singur, iar singurătatea duce la deprimare. Şi eu am ştiut ce înseamnă să fii singur şi să-ţi treacă prin cap tot felul de gînduri, unele chiar absurde. Dar mi-am găsit un remediu în culegerile de probleme." (Jurnal intim).

4. ATENŢIA ⟶ SEMIATENŢIA ⟶ NEATENŢIA

Emoţia are efect pozitiv, stimulativ, dar şi negativ, inhibitor. Atunci cînd depăşeşte o anumită limită specifică subiectului, emoţia dezorganizează atenţia, transformînd-o în semiatenţie sau chiar în neatenţie, dispersia atenţiei sau incapacitatea de a se fixa. Totuşi, există un fenomen aparent contradictoriu: pe de o parte, neatenţie exterioară, pe de altă parte, concentrarea atenţiei asupra propriei persoane. Acest mecanism a fost pus în evidenţă şi de Crozier W. R. (1982) în urma experimentului său. De asemenea, Timberlake M. H. (1985) consideră atenţia îndreptată asupra propriei persoane şi inversarea perspectivei actor - spectator drept factori cauzali ai timidităţii.

5. MEMORIA

EVOCARE ⟶ POSTEVOCARE ⟶ SEMIEVOCARE ⟶ FALSĂ EVOCARE

La timid, memoria, fiind filtrată de repertoriul specific, selectează din exterior informaţiile cu cea mai mare încărcătură afectivă şi în mod paradoxal negativă.

Raţionamentul, şi el de natură afectivă, şi mai ales imaginaţia fabulatorie acţionează asupra informaţiei înmagazinate, transformînd evocarea în postevocare, semievocare, ajungînd pînă la falsă evocare (din cum a fost, aşa cum ar fi vrut să fie).

6. HIPERAUTOANALIZĂ ⟶ DISOCIEREA EULUI ⟶ INACŢIUNE ⟶ RAŢIONAMENT POSTACŢIONAL

Raţionamentul timidului este unul afectiv, pasional, bazîndu-se pe indicii şi nu pe date complete, conducînd la formarea unor false concepte, care pot fi numite implexe (apud Mucchielli, 1972).

B.M.: "Cu timpul am reuşit să revin în vîrf, dar numai în cercul prietenilor buni, cînd nu mă gîndesc la părerea lor despre mine."

Pare o butadă, dar timidul devine inteligent abia după ce totul a luat sfîrşit (raţionament postacţional). În afara situaţiei stresante, timidul se caracterizează printr-o preocupare mai mare pentru gîndire decît pentru acţiune, este înclinat mai mult către gîndirea abstractă decît spre cea concretă. Timiditatea deformează răspunsurile inteligente, spontane, dar favorizează actele reflectate. Spiritul analitic al timidului, hipertrofiat de centrarea pe Eu, intră în funcţiune în momentul acţiunii. Atenţia timizilor, în loc să fie îndreptată

spre alţii şi spre acţiune, se îndreaptă spre interior. Timidul începe să se analizeze cu un sentiment de panică. În acel moment, el se dedublează în Eul individual-sentimental, cel analizat, şi Eul social - judecător al emoţiilor Eului individual. Această dedublare şi autoanaliză critică se interpune între începutul şi sfîrşitul acţiunii, blocînd-o. Intensitatea intimidării depinde de intensitatea dedublării şi exigenţa critică. Dar nu numai analiza critică este intimidantă, ci şi reprezentarea eşecului, pentru că, indiferent de situaţie, timidul îşi reprezintă o situaţie negativă, ostilă lui.

C.R.: "La ore adesea nu ridic mîna, cu toate că ştiu, de teamă că voi fi întrebată de colegii mei: Mai tare nu poţi să vorbeşti?"

Limbajul verbal şi nonverbal

La timid limbajul intern predomină asupra limbajului extern. Limbajul extern, comunicarea atunci cînd se manifestă are caracteristicile limbajului intern, fiind sincopată, supraconcentrată, lapidară şi fragmentară; timidul prezintă concluziile raţionamentului său, nu şi desfăşurarea lui, neimplicînd interlocutorul în acest demers.

Neconcordanţa limbajului verbal cu cel nonverbal este tot o caracteristică a limbajului intern, care se manifestă în limbajul extern al timidului, în comunicare. Relaţia de comunicare este profund tulburată la timid, la toate verigile acesteia: emiţător, cod, mesaj, receptor.

Emiţătorul (timidul) are un cîmp de referinţă reprezentat de neîncrederea în sine, nesociabilitate, susceptibilitate. Ca urmare, el emite un mesaj în care componenta cognitivă, pe care doreşte să o transmită explicit, se împleteşte cu componenta afectivă implicită, care va transmite o primă contradicţie la nivelul mesajului. Indiferent de mesajul informaţional, acesta va purta amprenta neîncrederii în sine, dar şi în alţii, nevoia, dar şi teama de comunicare. Deci timidul transmite informaţia (mesajul cognitiv), dar şi neîncrederea în ea (mesajul afectiv).

Aşteptarea timidului este şi ea contradictorie: pe de o parte timidul se aşteaptă la o simpatie necondiţionată din partea interlocutorului, pe de altă parte el este susceptibil, nu are încredere în celălalt. Atît contradicţia de la nivelul mesajului, cît şi cea de la nivelul aşteptării se transmit receptorului şi deci interlocutorului. Cîmpul de referinţă al acestuia este de cele mai multe ori necunoscut pentru timid, datorită nedezvoltării capacităţii sale empatice; el va emite un feedback care va reflecta în mod pasiv sau activ (întărit) mesajul disonant al timidului.

mecanisme de apărare
ale Eului
7. COMPLEX ⟶ SUPRACOMPENSAŢIE
DE INFERIORITATE

Timidul autentic este o persoană cu un puternic complex de inferioritate (Dugas, 1903, Chartier, 1990).

A.D.: "Nu înţeleg de ce nu poate exista cineva care să mă accepte aşa cum sînt!"

Dacă acest complex nu este totdeauna anterior instalării timidităţii, el este în mod definitoriu posterior ei, deoarece timiditatea constituie obstacolul social responsabil de cele mai multe insuccese ale timidului.

C.R.: "De multe ori nu mă jucam doar de teamă să nu rîdă ceilalţi copii de mine."

Nevoia de succes şi apreciere, fiind o condiţie vitală a autorealizării şi neputînd fi satisfăcută la timid, conduce la hipertrofierea mecanismelor de compensaţie ale Eului (A. Freud, 1965).

În realitate, aşa cum vom vedea, aceste mecanisme de compensaţie ale Eului, hipertrofiate, se transformă în cauze psihologice ale timidităţii. Trecerea compensaţiei în supracompensaţie (atît pozitivă, cît şi negativă) reprezintă mecanismul care întreţine şi întăreşte circularitatea vicioasă a timidităţii.

A.I: "Unii cred că sînt prea încrezută sau mă consider superioară lor şi de aceea nu vorbesc cu ei, însă mie îmi este teamă să nu mă ia în rîs."

Supracompensaţia poate fi numită schema organizatoare responsabilă în ultimă instanţă de acel construct semipatologic, care este timiditatea. La timid, la nivelul factorilor afectogeni se produce o primă alterare a imaginii de sine - narcisismul; la nivelul factorilor psihointelectuali o altelare de gradul doi - disocierea Eului; la nivelul conştiinţei o alterare de gradul trei - reconstrucţia Eului absolutist, supracompensat.

La toate aceste niveluri se realizează treptat o înstrăinare a mecanismelor de compensaţie de rolul lor: din mijloace pentru reconstrucţia personalităţii ele devin scopuri în sine, compensaţie în sine, pentru sine, fără agent corector (celălalt), supracompensaţie goală, într-un circuit închis.

Adler clasifică următoarele mecanisme de compensaţie ale Eului: compensaţia eroică, protectoare, agresivă, derivatoare.

Compensaţia eroică se întîlneşte la indivizii înzestraţi cu un puternic amor propriu, care suferă de o inferioritate de natură organică. Ei îşi simt inferioritatea ca un fel de sfidare care le stimulează instinctul combativ. Şi pentru a fi siguri de reuşită ei nu se mulţumesc cu compensaţia, ci supracompensează. Demostene este un exemplu tipic. Nu numai că şi-a biruit defectul de pronunţare şi timiditatea,

dar a devenit şi cel mai mare orator al timpului său. Asemănător este Beethoven, atins de surzenie. Adler prezintă o statistică după care 70% dintre pictori ar suferi de un oarecare defect de vedere. Acest tip de compensaţie este pozitiv şi singurul care oferă o răscumpărare a inferiorităţii prin calităţi superioare celor absente. Această răzbunare legitimă a binelui contra răului, a dreptăţii contra nedreptăţii se întîlneşte în creaţia populară, care a oglindit-o în multe mituri şi poveşti: de exemplu, Cenuşăreasa, Prichindelul. Aici vedem pe cel mai mic, slab şi dispreţuit învingînd pînă la urmă răutatea fraţilor mai mari şi destinul, datorită înţelepciunii şi răbdării lui.

Compensaţia protectoare nu prezintă eficienţa compensaţiei eroice. Cînd individul care suferă de o inferioritate nu este capabil să o depăşească, dezvoltîndu-şi aptitudini superioare care să o compenseze, şi cînd nu-i destul de "filozof" ca să accepte să fie inferior altora, el va adopta simularea. De exemplu: mincinosul sau palavragiul care caută cu atît mai mult să strălucească cu cît simte nulitatea sa. Simularea face parte din psihologia parvenitului, a cărui întreagă activitate urmăreşte să mascheze inferioritatea originii sau a culturii sale. Copilul care suferă de inferioritate va lua înfăţişarea unui individ tare. Acesta este un semn de slăbiciune, pentru că cel cu adevărat tare nu are nevoie să se laude. Delirul de grandomanie nu are raţiune de a fi decît pentru a compensa o slăbiciune reală.

Compensaţia consolatoare reprezintă o îndepărtare de realitate, refugiul în ficţiune şi reverie. Cerem visului autoritatea şi puterea pe care ni le refuză realitatea. Copilul umilit şi neavînd destulă putere să răspundă îşi doreşte puterea uriaşului din poveste pentru a-l pedepsi. Dar cîteodată aceste reverii capătă o dimensiune neliniştitoare. Unii copii

trăiesc în acest univers imaginar construit de ei. Vorbesc despre fraţi imaginari cu aceeaşi siguranţă ca şi cum ar vorbi despre persoane reale. Acest delir nu este primejdios în sine. El este semnul unei suferinţe secrete. Această fugă de realitate poate să evolueze pînă la somnambulism. Dar acest tip de compensaţie consolatoare poate avea şi aspecte pozitive. Producţii compensatoare la adulţi sînt toate creaţiile în care autorul se zugrăveşte aşa cum ar vrea să fie, luînd conturul situaţiei sale reale: tristeţea clovnului este proverbială, după cum şi temperamentul melancolic al umoriştilor.

Moliere a negat boala sa în "Bolnavul închipuit" pentru că era adînc torturat de starea sănătăţii sale. De asemenea s-a remarcat adesea că Germania a produs cea mai optimistă şi idealistă literatură pe care o cunoscut-o vreodată lumea, tocmai în momentul cînd nemţii gemeau sub călcîiul lui Napoleon.

Compensaţia derivatoare. Nefiind capabil de a realiza lucruri mari, individul se va înşela pe sine însuşi şi poate şi pe alţii, dînd atenţie lucrurilor mici. Astfel, un elev puţin inteligent va face totuşi impresie bună în clasă învăţînd mecanic lecţiile, compensînd reflecţia prin memorizare şi prin disciplină ("micul sfînt"). Un alt exemplu: copilul ros în subconştientul său de ambiţie în loc de a tăinui o anumită inferioritate o scoate la iveală, o exagerează şi o exploatează. El îşi va cuceri astfel importanţa pe care cei din jurul său i-o refuzau. Exploatarea infirmităţii urmăreşte două scopuri: atrage atenţia asupra copilului respectiv, deformînd critica şi autocritica. Aceste mobiluri inconştiente sau semiconştiente constituie rădăcina mai multor manifestări isterice şi simptome ale nervozităţii infantile.

Compensaţia agresivă. Agresivitatea se poate manifesta în două direcţii: asupra celorlalţi şi asupra subiectului

însuşi. Agresivitatea compensatorie, care este orientată împotriva celorlalţi, se manifestă prin înjosirea celor care sînt superiori subiectului. Dacă nu sîntem capabili să ne ridicăm pe noi înşine, aplicînd în mod elementar principiul relativităţii, vom înjosi pe alţii, şi anume pe cei care ne fac umbră. Sîntem mai adesea bîrfitori din cauza vanităţii decît din cauza răutăţii, spunea La Rochefoucauld.

Compensaţia agresivă, numită şi răzbunătoare pentru că ne determină să ne răzbunăm pe alţii din cauza propriilor noastre lipsuri, poate lua şi o înfăţişare mai tragică. Ea determină copilul la sinucidere. Evident că sinuciderea nu este o compensaţie, dar gîndul care a dictat-o are rol compensator.

Orice formă ar lua compensaţia, există un sentiment pe care acesta nu-l poate învinge: susceptibilitatea. Aceasta este o sensibilitate cu totul specială faţă de tot ceea ce este în legătură cu complexul de inferioritate. Este reacţia uneori violentă de apărare pe care o provoacă atingerea punctului sensibil şi care trădează existenţa unui complex.

Toate aceste categorii de compensaţii se întîlnesc şi la timid, avînd însă specificul timidităţii. Să urmărim funcţionarea acestor mecanisme de compensaţie ale Eului la timid.

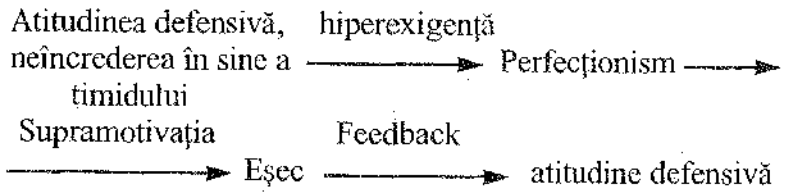
Compensaţia eroică

Perfecţionismul

Timidul este hipermotivat şi scrupulos. El ezită să înceapă acţiunea de teamă să nu rateze perfecţiunea, iar o dată începută, activitatea este reluată iar şi iar (perseverare), tinzînd către perfecţiune. Perfecţiunea însă nu va fi atinsă tocmai datorită neîncrederii funciare a timidului în propriile lui forţe şi a nemulţumirii sale permanente. Teama de a nu atinge perfecţiunea este cauza perfecţionismului său şi inclusiv a eşecului.

D.A.: "Nu-mi doresc decît să fiu frumoasă, inteligentă, sociabilă."

Perfecţionismul sau maladia absolutului provine din atitudinea defensivă a timidului faţă de viaţă şi oameni care funcţionează ca un mecanism de supracompensaţie. Cercul vicios al perfecţionismului poate fi reprezentat grafic astfel:



Hiperexigenţa

Datorită opacităţii sale sociale şi autoizolării, timidul este dificil de cunoscut de către grup sau fals perceput prin prisma eşecurilor sale sociale reale sau autoreprezentate. Prin efectul haloului subestimarea socială a timidului este extinsă de către grup şi de către timidul însuşi prin feedback la întrega sa personalitate. Ca urmare, timidul îşi fixează scopuri greu de atins, supracompensatorii, pentru a corecta această imagine de sine neconvenabilă.

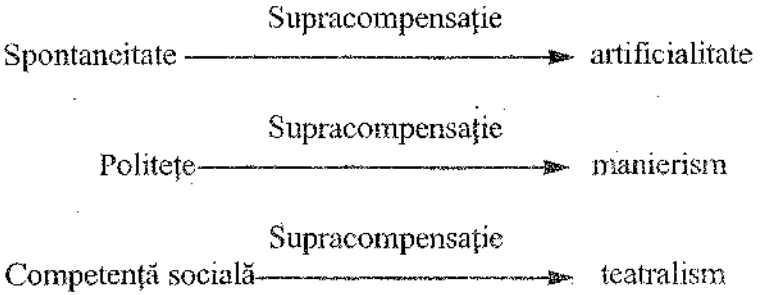
Alegerea acestor sarcini dificile este o cursă pe care timidul şi-o întinde singur. El alege aceste sarcini dificile nu atît pentru a le rezolva (competenţă profesională), ci pentru a demonstra altora că poate să le rezolve (competenţă socială).

Atitudinea demonstrativă a timidului funcţionează ca mijloc de supracompensaţie şi conduce la eşec. Ambiţia de a-şi fixa scopuri greu de atins este generată de neîncrederea funciară a timidului în sine şi de imaginea reală sau presupusă a unui Eu social incompetent.

Vedetismul social

Dorinţa de a face impresie bună, de a plăcea cu orice preţ, este o trăsătură constantă a tuturor timizilor. Ei doresc să placă cu orice preţ, să facă impresie bună tocmai pentru că nu şi-au dezvoltat acel "magnetism social" în virtutea căruia să atragă semenii. În jurul lor se creează de multe ori o atmosferă de stînjeneală sau tensiune chiar. Ei se tem de această nereuşită şi încearcă să o prevină. Dar cu cît încearcă mai mult să facă impresie bună, cu cît doresc mai mult să fie simpatici, să cîştige bunăvoinţa celorlalţi, cu atît devin mai stîngăci, agasanţi sau trec în cealaltă extremă: artificialitate, teatralism, manierism.

Grafic, am putea reprezenta vedetismul astfel:



Compensaţia consolatoare

Refugiul timidului în ficţiune şi reverie poate avea aspecte pozitive şi negative. Dacă fuga de realitate este însoţită de crearea unui univers propriu, dar inaccesibil celorlalţi oameni, şi de un sistem de decodificare propriu, de asemenea inaccesibil, este posibil ca timidul să se apropie de simptomele schizoidiei sau schizofreniei. Dar pentru declanşarea acestora nu timiditatea are rolul determinant.

Experienţa a dovedit însă că foarte mulţi timizi au devenit mari creatori. Cazul cel mai cunoscut de mare timid creator a fost J.J. Rousseau. Torturat de una din cele mai diabolice forme de timiditate, a reuşit totuşi să o depăşească, orientînd-o spre creaţie. Alte exemple de cretori timizi sînt: Spinoza, Kant, Fichte, Hegel, Nietzsche, Lermontov, Holderlin, Schumann. Însă aceşti mari creatori de filozofie, literatură, muzică au orientat şi valorificat pozitiv propria lor timiditate. Defectele timidităţii au fost transformate, prin inteligenţă şi cultură, în calităţi: spiritul analitic a fost orientat spre lumea interioară în măsura în care acest lucru este necesar pentru cunoaşterea şi transformarea lumii exterioare, hipersensibilitatea a devenit o sursă inepuizabilă de decantare a nuanţelor şi sensurilor, nesiguranţa s-a transformat în prudenţă.

Compensaţie agresivă

Heteroagresivitatea timidului se manifestă în grade şi forme diferite, de la cea inofensivă (ironii, tăceri descurajante) pînă la cea ofensivă, cînd timidul autentic "sare calul", devenind din neagresiv prin definiţie, agresiv prin supracompensaţie (dominator, autoritar, tiran).

Nonagresivitate definitorie —supracompensaţie→ agresivitate

Specifică timidului este însă agresivitatea îndreptată asupra lui însuşi, care se manifestă prin tendinţe de autopedepsire ce pot să ajungă, în cazurile grave, pînă la sinucidere. Timiditatea poate fi impulsul spre acţiune (sinuciderea), dar prin deficitul voliţional ea este în acelaşi timp şi bariera care opreşte această acţiune.

Autoagresivitatea se perpetuează prin menţinerea şi întărirea clişeelor timidităţii în circuit închis şi vicios (stîngăcie, stupiditate, stupoare).

C.A: "În 1990 în vară am fost admis la seral. Un semieşec."

A.I.: "Acum am încă perioade cînd totul mă lasă rece."

Interdependenţa mecanismelor psihologice ale timidităţii: cercul vicios, compensaţia negativă sau supracompensaţia explică tulburarea personalităţii ca sistem, dar se dezvăluie în acelaşi timp ca o sursă generatoare de mecanisme derivate ale corectării ei.

Bibliografie

1. Chartier J. (1990), **La timidité guérie en trois semaines**, Ed. Dangles, France.

2. Claparède E. (1936), **Sentimentul de inferioritate la copil**, Constanța.

3. Crozier W. (1982), **Differentiating assertiveness, agressiveness and shyness**, în *Psyhological Review,* vol. 53.

4. Dimitriu E. (1992), **Timiditatea. Concept și structură**, Analele Științifice ale Universității „Al.I. Cuza", Iași.

5. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psychologique et morale**, Alcan, Paris.

6. Freud A. (1967), **Le moi et les mécanismes de la défense**, PUF, Paris.

7. Marcus S. (1987), **Empatia și relația profesor-elev**, Editura Academiei R.S.R., București.

8. Mucchielli R. (1971), **Les complexes personnels**, Ed. E.S.F., Paris.

Capitolul IV

Timiditatea și boala psihică

Corelația între timiditate și boala psihică nu a stat în centrul atenției cercetătorilor din aceste domenii decît în mod tangențial. Astfel, timiditatea gravă, „sistematizată", prelungită a fost numită „sala de așteptare" a nevrozelor. Fondul nativ al timidului, caracterizat prin hiperemotivitate, este foarte receptiv pentru instalarea nevrozelor. De asemenea, greșelile educative care transformă timiditatea din potențialitate în actualitate, cum ar fi hiperprotecționismul, perfecționismul, autoritatea excesivă, nervozitatea părinților sau experiențele afective negative, pot fi factori definitorii pentru nevroze.

Nevrozele reprezintă un grup de reacții și dezvoltări patologice determinate psihogen, fiind exprimate clinic printr-un complex de tulburări psihice cu răsunet somatic, care este trăit în mod conștient și penibil de bolnav. Acestor afecțiuni nu le este caracteristică alterarea proceselor de cunoaștere și în general alterarea trăsăturilor definitorii ale caracterului și personalității. Definind categoria nevrozelor, P. Pichot menționează că în accepțiunea actuală acest ansamblu de afecțiuni prezintă în comun o serie de caracteristici:

1. Tulburările de comportament pe care le determină sînt în general minore.

2. Bolnavul păstrează conştiinţa caracterului morbid al tulburărilor sale.

3. Tulburările sînt psihologic comprehensibile, în sensul că se poate face o legătură inteligibilă între ceea ce bolnavul a fost anterior, circumstanţele vieţii lui premorbide şi tabloul morbid actual.

Vasile Predescu (1976) clasifică nevrozele în următoarele forme:

1. nevroza astenică (neurastenie)
2. nevroza obsesivo-fobică
3. nevrozele mixte
4. nevroza isterică.

Nevroza astenică (neurastenia) este o afecţiune psihogenă, exprimată clinic printr-un complex de tulburări psihice şi somatice grupate în mod predominant în sindromul caracteristic astenic. În lucrarea monografică despre nevroze, Kreindler defineşte nevroza astenică astfel: o boală a creierului determinată de un factor psihogen, la baza căruia stă o tulburare în dinamica scoarţei cerebrale şi care se traduce clinic printr-o serie de semne somatice (astenie, cefalee, insomnie) şi semne psihice (depresie, anxietate).

Schaefen şi Baer admit că epuizarea astenică este facilitată de o serie de particularităţi de teren, cum ar fi capacitatea mică de rezistenţă, caz în care se situează timidul.

I.P. Pavlov, studiind terenul pe care apar mai frecvent nevrozele experimentale, a constatat că acestea se produc şi se întîlnesc mai uşor la animalele cu un tip de sistem nervos slab şi dezechilibrat, care obosesc uşor datorită risipei de energie, mobilizînd cantităţi mari de energie pentru stimulii minori.

Complexitatea simptomelor neurastenice se caracterizează prin două laturi:

- slăbiciune iritativă (creşterea excitabilităţii nervoase);
- scăderea rapidă a vivacităţii şi tonalităţii psihice.

În funcţie de latura predominantă întîlnim o neurastenie cu caracter zgomotos, coleros, exploziv, uşor hipomaniacal, sau o neurastenie depresivă, inhibată, somnolentă (hipersomnie nereconfortantă). Complexul somatic al excitabilităţii crescute şi iritabilităţii se manifestă pe plan psihic printr-o sensibilitate şi impresionabilitate crescute, prin scăderea pragului de toleranţă faţă de incitaţiile mai mult sau mai puţin obişnuite din mediul ambiant. Timidul este, prin natura sa, un hipersensibil, un impresionabil.

Neurastenia prezintă patru forme clinice: forma simplă, forma depresivă, forma anxioasă şi cenestopată. Probabilitatea evoluţiei timidului mai ales către forma depresivă şi anxioasă este foarte mare.

Forma depresivă a neurasteniei se caracterizează prin scăderea activităţii psihomotorii, dispoziţie tristă, deprimată, facies care trădează o stare de suferinţă morală, o frămîntare anxioasă legată de momente traumatizante şi o oarecare scădere a interesului pentru elementele de ambianţă. Neurastenicul este depresiv, inhibat, lipsit de iniţiativă în relaţiile cu cei din jur, hipoactiv, monoton în gesturi, deseori dramatic. Observăm că toate aceste trăsături le găsim şi la timizi într-o formă mai atenuată.

Forma anxioasă. Anxietatea este comună tuturor formelor de nevroze, dar în unele tablouri clinice are o pondere mai mare, astfel încît neliniştea şi frămîntarea permanentă a bolnavilor devin o notă specifică. La definirea timidităţii am făcut diferenţa între timiditate şi anxietate, arătînd că ele nu se identifică: timiditatea este teama de oameni, iar anxietatea

este o teamă fără obiect. Dar în urma unor traume psihice prelungite, marcate prin dezamăgire şi renunţare, teama de oameni se poate generaliza către o teamă nedeterminată printr-o extindere şi accentuare a fenomenului de teamă.

Nevroza obsesivo-fobică este afecţiunea psihică determinată în principal de factori psihotraumatizanţi, dominant în tabloul clinic fiind sindromul obsesivo-fobic (fobiile, obsesiile, acţiunile obsesive).

Obsesiile ideative sînt caracterizate prin apariţia şi persistenţa anumitor cuvinte sau conţinuturi de gîndire cu caracter obsesiv, de obicei cu aspect neplăcut. Timidul este un teren foarte receptiv pentru obsesii, deoarece el se caracterizează printr-o persistenţă mare a ideilor, sentimentelor, acţiunilor în memorie şi prin obişnuinţa de a le rumega şi analiza.

Ideile obsesive îmbracă forme diverse. Unele au caracterul unor filozofări prelungite la nesfîrşit, contradictorii, asupra unor probleme metafizice, formale, fără a avea vreo legătură cu viaţa reală a bolnavului. Astfel, un bolnav descris de A.E. Popov era absorbit de întrebarea de ce omul are două mîini şi nu trei şi dacă ar fi avut-o pe a treia, unde ar fi trebuit plasată, în stînga, în dreapta sau median?

În formarea obsesiilor se citează o tendinţă accentuată către scrupule, cu autoanaliza minuţioasă a faptelor proprii pe care le recapitulăm adesea seara înainte de culcare, judecîndu-le aspru din punct de vedere etic. Totodată bolnavii nu mai reuşesc să le înlăture din minte pe cele considerate greşite sau nepotrivite. Timidul este o persoană susceptibilă şi scrupuloasă. Autoanaliza şi hiperexigenţa critică sînt procese tipice timidităţii. El se autoanalizează atît în timpul acţiunii, inhibînd-o, cît şi după acţiune, oprindu-se asupra eşecurilor pe care le exagerează. Astfel, în scoarţa cerebrală

a timidului se creează în jurul acestor eşecuri un cîmp de excitaţie aşa de puternic încît este nevoie de o uşoară stimulare sau asociere cu stimulul iniţial ce a provocat eşecul pentru ca timidul să reacţioneze violent şi tot neadecvat printr-un nou eşec.

Îndoielile obsesive constituie un alt aspect care tinde să cuprindă întrega viaţă a bolnavului şi se manifestă prin nesiguranţă referitoare la acţiunile proprii. Astfel, bolnavul devine preocupat, neliniştit, nesigur, întrebîndu-se dacă a efectuat sau nu o serie de acte obişnuite, semiautomatizate, cum ar fi închiderea uşii, a aragazului, lipirea timbrelor pe o scrisoare. De la nesiguranţa caracteristică timidului, care provine dintr-o extremă neîncredere în sine, drumul către îndoielile obsesive pare mai scurt.

Tendinţele şi acţiunile obsesive. Tendinţele obsesive reprezintă impulsuri către acte vătămătoare, periculoase, fără nici un sens. Ele sînt legate de ideile obsesive de contrast, dar, spre deosebire de acestea, sînt caracterizate printr-o puternică pulsiune către acţiune, fapt ce trezeşte o adevărată panică din partea bolnavului. Starea de teamă de a nu comite actul impulsional se numeşte compulsiune. Unor bolnavi le apare, de exemplu, dorinţa să lovească peste faţă un trecător oarecare, să-i vorbească urît, să-l ironizeze, să scoată ochii vecinului său sau unei rude apropiate, să arunce de la etaj un obiect greu în capul trecătorilor. Alte impulsuri au caracter suicidar şi se manifestă cînd bolnavul se află în faţa unei prăpastii, pe o înălţime, la balcon. Atunci îi apare ideea de a sări în gol, însoţită de compulsiunea respectivă. Coborînd de la etaj, fenomenele legate de potenţialitatea comiterii actului şi anxietatea trăirii compulsionale dispar. Cîteodată, deşi actul compulsiv nu este efectuat, bolnavul

face totuşi o schiţă simbolică de gest care este echivalentul impulsiunii frînate: astfel, în locul gestului de lovire, atinge sau chiar mîngîie persoana sau obiectul respectiv. Bolnavii cu nevroză obsesională nu transformă de obicei aceste tendinţe în acte infracţionale, iar atunci cînd ele totuşi se produc, se pune problema dacă acestea nu au depăşit graniţele intensităţii nevrotice. Alte tendinţe obsesive, deşi inofensive, sînt neplăcute, pentru că sînt absurde şi uneori chiar ridicole. De exemplu, tendinţele de a citi toate afişele de pe stradă, de a număra paşii, de a face totul simetric, astfel încît dacă se împiedică întîmplător cu piciorul stîng bolnavul simte nevoia să facă acelaşi lucru şi cu piciorul drept.

Multe din tendinţele obsesive au fost înglobate de unii autori printre **acţiunile de apărare** menite să dea bolnavului, aflat în stare de nelinişte şi îndoială de sine, siguranţa simetriei, a corectitudinii şi a perfecţiunii.

Deoarece teama, ca şi conduita de apărare, sînt definitorii pentru timid, asemănarea între timiditate şi manifestările nevrozei obsesivo-fobice nu poate fi eludată, deşi timidul nu ajunge la tendinţe şi acţiuni obsesive.

Fricile obsesive sau fobiile

Fobiile sînt frici cu obiect, bine determinate, dar spre deosebire de frica normală, aproape întotdeauna proporţională cu gravitatea pericolului, ele sînt reacţii intensive, disproporţionate, care se manifestă faţă de stimuli inofensivi. În raport cu complexitatea tematicii, ele au fost împărţite în:

- pantofobii (fobii difuze);
- monofobii (concentrate asupra unui singur stimul).

În cazul pantofobiilor domină o stare de anxietate difuză, permanentă, care însă se exacerbează prin declanşarea unor paroxisme ce apar fără motiv aparent. După

Ribot, pantofobia ar fi o frică de tot şi de nimic. În fobiile sistematizate anxietatea se fixează asupra unui anumit obiect. Fricile cu aspect fobic nu suferă procesul normal de obişnuire şi estompare, ci dimpotrivă se consolidează după un contact prelungit cu obiectul fobic. În faţa acestei stări de anxietate paroxistică se constituie de cele mai multe ori conduite de apărare, cum ar fi evitarea, găsirea unui truc sau a unei stratageme securizante. Un prim aspect este dat de conduita de evitare, care impune limitarea importantă a spaţiului de viaţă a individului, a contactelor sociale. Această atitudine poate să fie mai puţin pregnantă atunci cînd evitarea duce la inhibarea tendinţei către anumite activităţi. Astfel, H. Ey, J. Ajuriaguerra, W. Brantingam includ printre comportamentele fobice unele inhibiţii parţiale, cum ar fi timiditatea, inhibiţii sexuale, refuzul contactului cu alţii, izolarea.

Iată deci că timiditatea este considerată ea însăşi un comportament fobic. La timid se pot dezvolta mai ales fobii legate de contactele sociale: teama de a nu roşi în public, teama de a mînca, teama de a lucra sau chiar de a gîndi în prezenţa altor persoane.

O serie de studii experimentale psihofiziologice şi psihologice au scos în evidenţă prezenţa a trei categorii de factori semnificativi care ar putea să explice atît formarea de obsesii şi fobii, cît şi persistenţa excesivă în unele cazuri. În ceea ce priveşte terenul care predispune la apariţia fenomenologiei obsesivo-fobice se menţionează următorii factori:

1. **Factorul perseverativ**, de inerţie a proceselor psihofiziologice, care a fost sesizat încă de P. Janet, I.P. Pavlov, Stoerring, R. Goldstein şi care se caracterizează prin dificultăţi în angajarea într-o activitate, tendinţa la persistenţă,

stereotipii, rigiditatea mecanismului mintal cu revenire către aceleaşi conţinuturi psihologice, prelucrarea anevoioasă, slaba mobilitate, incapacitatea de desprindere de o activitate începută.

2. **Hipermnezia** reprezintă un aspect descoperit prin studii experimentale de condiţionare clasică electroencefalografică (H. Eysenck), ca şi prin metode psihologice. Erickson şi Davids (1955) au descris hipermnezia pentru stimuli negativi, elemente prin care obsesivii ar fi în contrast cu istericii, care au capacitatea deosebită de a-i uita. Legată de hipermnezie este incapacitatea de a încheia acţiunile, de a uita evenimentele neînsemnate ale trecutului, desprinderea de acestea.

3. **Modificările de afectivitate** ar consta în existenţa unui anumit teren anxios cu oarecare dezechilibru vegetativ şi scăderea controlului asupra reacţiilor primitive vegetative.

Toţi aceşti factori sînt prezenţi într-o anumită măsură, atenuată, în timiditate. Traumatismele psihice care supraadăugate acestui teren favorabil determină nevroza obsesivo-fobică sînt: situaţiile de nemulţumire, de frustraţie, unele probleme sexuale sau conjugale nerezolvate. Un rol extrem de important îl au momentele situaţionale de insecuritate exterioară sau interioară declanşate de moartea unei rude, de bolile persoanelor dragi, de accidentele de circulaţie, emoţiile de tip şoc. De asemenea, importanţa greşelilor educative ca factori traumatizanţi în copilăria nevroticilor obsesivi a fost subliniată de numeroşi autori ca Freud, Stengel, Weitbrecht, Kanner, care au semnalat ca tipuri mai frecvente educaţia autoritară, perfecţionistă, supraprotecţia, greşeli educative care sînt semnificative în geneza timiditaţii.

O serie de cercetări neobehavioriste au adus unele completări referitoare la mecanismul fobiilor. Se constată o

situaţie paradoxală: persistenţa comportamentului nevrotic este apreciată ca rezultat al conţinutului lui neplăcut. Astfel, copilul care a avut o experienţă neplăcută într-o anumită situaţie tinde să evite contactul cu situaţia respectivă. Acest efort de evitare îi oferă satisfacţie prin protecţia pe care o creează, dar această atitudine întăreşte frica respectivă. S-a insistat asupra existenţei unui interval liber între momentul psihotraumatizant şi apariţia fobiei, timp în care pacientul ar retrăi de multe ori scena respectivă, angajînd emoţii asociate, care cresc treptat în intensitate, amplificînd acţiunea iniţială a factorului patogen. Atît conduita de evitare, cît şi obişnuinţa de a retrăi fenomenul psihotraumatizant sînt caracteristice timidului. Întrucît concepţia behavioristă limita procesul patologic la relaţia dintre stimulul nociv şi organism, H. Eysenck a introdus şi unii paramentri legaţi de personalitate, considerînd că aceste răspunsuri emoţionale, dezadaptive ar apărea pe un fond distimic, introvertit, constituţional, la care se adaugă trăsături de neuroticism, adică tendinţa constituţională a sistemului vegetativ de a reacţiona puternic şi prelungit.

Într-o lucrare referitoare la interpretarea neurofiziologică a nevrozei obsesivo-fobice, S.H. Kraines a încercat să realizeze un sistem unitar de interpretare a acesteia. El consideră că nevrozele se caracterizează prin existenţa a două componente distincte: una psihologică şi una neurofiziologică. Fiecare stimul semnificativ sau concept ar activa un mod de răspuns în hipotalamus şi în circuitele emoţionale cerebrale. În stările nevrotice acest model devine sensibilizat încît cea mai indirectă asociere, cel mai fragmentar simbol al traumei psihice duce la declanşarea emoţiei patogene. Ele nu numai că sînt uşor declanşabile, dar structurile respective au tendinţa de a răspunde exagerat, prelungit, reverberînd şi

generînd cantităţi excesive de emoţii. Timidul reacţionează violent şi rapid la cei mai slabi stimuli emoţionali. Mai mult, el are şi tendinţa de a acorda o importanţă exagerată stimulilor negativi mai ales. Această reacţie disproporţionată în raport cu stimulul emoţional se prelungeşte mult timp după încetarea acţiunii acestuia. În concluzie, între timiditate şi nevroză există o relaţie biunivocă.

Timidatea nu poate fi singurul determinant al nevrozei, deşi este un teren favorizant. Pe de altă parte, nevroza, în diferitele ei forme şi tipuri, se caracterizează prin multe trăsături care sînt specifice timidităţii.

Corelaţia între timiditate şi schizofrenie se situează la nivelul ipotezei bazată pe constatarea unor trăsături comune între timid şi schizofrenic: autismul, negativismul, ambivalenţa, răceala afectivă. Kretschmer identifică printre caracteristicile schizoizilor şi timiditatea. Timidul nu posedă un autism real, el nu-şi creează o lume total indescifrabilă şi inaccesibilă celorlalţi. Totuşi, pentru timidul autentic viaţa reală este mai mult cea din imaginaţie, cea ideală, construită de el, decît cea trăită de semenii lui, lume în care nu se poate adapta şi care nu-l mulţumeşte. Tendinţa de închidere în sine, tipică pentru orice timid, poate evolua către ruperea totală a contactului cu realitatea şi către construirea unei realităţi noi, unice. Tendinţa spre extreme a timidului, oscilaţia între totul sau nimic pot explica ambivalenţa şi sărăcia afectivă a schizofrenicului. Exacerbarea sentimentelor duce, printr-o reacţie curioasă, la golirea lor de conţinut. Timidul aspiră la perfecţiune: simpatie totală, prietenie absolută, dragoste ideală, dar imposibilitatea atingerii acestor culmi îl propulsează în cealaltă extremă. El nu se mulţumeşte cu jumătăţi de măsură.

Cum poate evolua bogăţia afectivă a timidului în sărăcia afectivă a schizofrenicului? La începutul bolii, pe planul emotivităţii predomină o anumită hipersensibilitate, o labilitate emotivă sau un anumit grad de irascibilitate. Această hipersensibilitate şi labilitate, întîlnite şi la timid, se concretizează într-o deficienţă a capacităţii de modulare afectivă, prin trecerea bruscă de la o stare afectivă la alta, pînă se ajunge la rigiditatea afectivă. Această lipsă de nuanţare afectivă este caracteristică şi timidului. Timidul nu cunoaşte sentimente medii ca intensitate, el ori iubeşte cu pasiune, ori urăşte de moarte, el nu ştie să se adapteze sentimentelor celorlalţi, interpretează exagerat cel mai neînsemnat gest (un zîmbet de politeţe drept ironie), nu ştie să-şi transmită emoţiile, sentimentele, fie reţinîndu-le pentru el, fie comunicîndu-le într-o formă exagerată, grotescă; pendulează între tăcere şi explozie expresivă.

O altă posibilă zonă de întîlnire între timiditate şi sindromul schizofrenic este negativismul. Este posibil ca introversia excesivă, lipsa contactelor sociale, afective, izolarea, fuga de oameni să se accentueze, evoluînd pînă la negativismul schizofrenicului. În ceea ce priveşte aspectele constituţionale ale schizofrenicului, Bleuler consideră că mulţi dintre schizofrenicii de mai tîrziu sînt tineri ciudaţi, retraşi, autişti. Pe baza studiilor asupra rudelor bolnavilor, ale personalităţilor prepsihotice şi ale tabloului psihic după un puseu psihotic, Kretschmer a descris cunoscuta serie schizotimie-schizoidie-schizofrenie, paralelă cu seria ciclotimie-cicloidie-psihoză maniaco-depresivă. Dacă schizotimia este concepută ca o variantă caracterială în limitele normalului, schizoidia este o stare de graniţă între bolnav şi sănătos. În

concepţia lui Kretschmer, trăsăturile de caracter ale schizoizilor sînt grupate în trei categorii:

1. Nesociabil, liniştit, rezervat, nervos, serios, lipsit de umor, ciudat.

2. Timid, sfios, blînd, sensibil, nervos, iubitor al naturii şi al cărţilor.

3. Docil, blînd, cumsecade, lipsit de afectivitate.

Din punct de vedere social, schizoidul poate fi nesociabil, sociabil în mod eclectic sau superficial.

Bibliografie

1. Brânzei P. (1979), **Itinerar psihiatric**, Editura Junimea, Iaşi.

3. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală şi psihoterapie**, Editura Universităţii „Al.I. Cuza", Iaşi.

4. Pamfil Ed. şi Ogodescu D. (1974), **Nevrozele**, Editura Facla, Timişoara.

5. Pamfil Ed. şi Ogodescu D. (1976), **Psihozele**, Editura Facla, Timişoara.

6. Pavelcu V. (1969), **Din viaţa sentimentelor**, Editura Enciclopedică, Bucureşti.

7. Predescu V. (1976), **Psihiatrie**, Editura Medicală, Bucureşti.

Capitolul V

Şcoli şi curente psihoterapeutice. Terapiile scurte. Concepte şi metode care au revoluţionat psihoterapia

Psihanaliza a fost considerată copilăria psihoterapiei, maturitatea ei fiind reprezentată de terapiile scurte (D. Megglé, 1990). Din 1943, psihologii americani abandonează tratamentul psihanalitic lung şi ineficient şi promovează un tratament imediat, hic et nunc, obţinînd rezultate spectaculoase.

Deşi se schimbă doar punctuaţia, cum spune Watzlawich (apud Megglé, 1990), apare astfel embrionul unei revoluţii epistemologice în domeniul tulburărilor mintale.

Dar pe terenul pragmatismului empiric american se limitează nu numai timpul analizei, ceea ce este în anumite condiţii un avantaj, ci şi aria de manifestare a tulburărilor mintale. Astfel, psihiatria devine o medicină de comportament, nu de suflet.

Alungată din cetate, afectivitatea revine în galop, ceea ce determină imigraţia analiştilor europeni celebri, în timpul războiului, în America. Din ramura analiştilor freudieni dogmatici se desprind dizidenţii, culturaliştii, care nu se mai orientează numai spre copilărie, ci şi spre relaţiile interumane,

personale, către analiza Eului. Analiştii dizidenţi pun fundamentele mişcării terapiilor scurte.

Terapiile scurte s-au născut şi din gestiunea crizelor dramatice în condiţiile sociale cele mai grele. De asemenea, necesitatea unui limbaj unic în cazul tulburărilor mintale a condus la elaborarea unui manual diagnostic şi statistic al tulburărilor mintale (D.S.M. I, II, III). D.S.M. III, elaborat în 1980 şi revizuit în 1987, a refuzat statutul de maladie fenomenelor psihiatrice, înlocuind-o cu cea de tulburare.

Fondatorii psihoterapiilor scurte sînt: Milton H. Erickson, Frits Perls, Virginia Satir, Eric Berne, Albert Ellis, Carl Whitsker, Nathan Ackerman, Murray Bowen, Salvador Minuchin (apud Megglé, 1990), care produc o adevărată ruptură cu vechiul continent, psihoterapia devenind o nouă cucerire a vestului, iar ei fiind numiţi charismatici, eroi. Mişcarea terapiilor scurte n-ar fi fost posibilă fără California. Coasta de est a Americii, prea aproape de Europa, a rămas mai clasică, mai psihanalitică. În California s-au constituit două centre permanente de dezvoltare a potenţialului uman: Palo Alto şi Esalen, care deşi au promovat metodologii radical opuse, şi-au cucerit reputaţia internaţională.

A. Sigismund Freud şi dizidenţii săi progresişti

Deşi S. Freud poate fi considerat primul reprezentant al psihoterapiei scurte, încă din 1906 discipolul său cel mai iubit, Sandor Ferenczi, vorbeşte pentru prima dată, în 1918, despre terapia activă, depăşind neutralismul freudian.

Otto Rank consideră traumatismul naşterii mai important decît complexul Oedip, reconstruindu-şi terapia în jurul conceptului de voinţă. Toate psihoterapiile scurte actuale vor prelua de la Rank criteriul motivaţional al subiectului.

Lui **Wilhelm Reich** i se atribuie observaţia potrivit căreia conştientizarea conflictelor refulate nu antrenează în mod automat vindecarea. Reich va avea cea mai mare influenţă asupra terapiilor umaniste. Centrul de la Esalen, gestaltterapia şi metoda bioenergetică sînt inseparabile la Reich.

În 1941 se organizează primul congres consacrat psihoterapiei scurte. În 1946 Alexander şi French publică o lucrare în care expun tehnicile analitice scurte. Principiile acestor tehnici sînt:

- intensitatea emoţională a celor doi parteneri implicaţi în interacţiunea psihoterapeutică;
- experienţa emoţională corectoare;
- mediul real exterior celor patru pereţi;
- provocarea de noi experienţe de viaţă.

Toate aceste principii depăşesc neutralismul freudian, continuînd sau înlocuind transferul ca nucleu psihoterapeutic.

Peter Sifneos consideră **criza emoţională** o veritabilă placă turnantă, care explică orice patologie mintală, iar intervenţiile practicate în plină criză - susţine el - previn formarea nevrozei.

B. Terapiile comportamentale

Concepţia de bază a acestor teorii vine în opoziţie directă cu teoriile psihanalitice. Astfel, nevroza nu este rezultatul unei dezvoltări psihoafective defectuoase, ci o simplă problemă de condiţionare. Întărirea negativă este considerată modelul tulburărilor nevrotice umane. Se folosesc diferite metode ca: desensibilizarea sistematică, expunerea graduală, imersiunea, implozia, modelarea, tratamentul asertivităţii, bio-feedback-ul (Megglé, 1995).

C. Terapia cognitivă

Se ocupă de tratamentul intern al informației, inspirîndu-se din modelele furnizate de informatică și inteligența artificială. Anxietatea și depresia sînt afecțiunile cel mai bine exploatate de cognitiviști.

Modelul informatic al terapiei cognitive este următorul (Megglé, 1990):

1. Stimulul este o informație de intrare (input), care trebuie tratat de ordinatorul mintal.

2. Acesta, ordinatorul, are un hardware și un software. Hardware-ul este reprezentat de sistemul nervos, suportul fizic, memorie moartă, scheme cognitive inconștiente. Software-ul este reprezentat de procesele cognitive. Din interacțiunea schemelor cu procesele cognitive rezultă evenimentele cognitive, care reprezintă output-ul, ce determină un anumit comportament.

Problema psihoterapeutică este de a accede la schemele cognitive defectuoase care, filtrînd informația exterioară, distorsionează procesele cognitive și le modifică.

D. Terapia rațional-emotivă (R.E.T.)

Albert Ellis, fondatorul terapiei rațional-emotive, a rezumat esența R.E.T. în cei trei „trebuie" (Megglé, 1990):

- **Eu trebuie** să fiu bun, perfect, altfel nu valorez nimic;

- **Ceilalți trebuie** să fie buni cu mine, altfel înseamnă că Eu nu merit;

- **Condițiile** în care trăiesc **trebuie** să fie perfecte, astfel încît Eu să pot fi fericit.

Dacă între psihanaliști și comportamentaliști a existat un război permanent, între analiști și cognitiviști s-a instalat un consens curios, deoarece primii pornesc de la afectivitate

spre gîndire, ceilalți de la gîndire la afect și totuși se apropie mai mult unii de alții.

Erickson critică însă toate cele trei teorii și școli, comparîndu-le cu Patul lui Procust (apud Megglé, 1990).

E. Terapiile umaniste

Mișcarea umanistă s-a născut în SUA în anii '50 ca reacție împotriva imperialismului psihanalizei și a comportamentalismului. Această orientare pune în evidență libertatea de alegere și responsabilitatea subiectului în procesul psihoterapeutic. Africanii numesc cauzele pe care occidentalii le consideră a determina tulburările mintale anonime, adică nu presupun persoana. Împotriva anonimatului cauzelor, a pesimismului psihanalizei și a reducționismului comportamentalist se revoltă umanismul. Teoria lui Carl Rogers este modelul terapiilor umaniste din această perioadă. Terapeutul fevorizează emergența produselor de creștere a personalității prin atitudinea sa (empatie, încredere); se creează un context, o situație pentru actualizarea potențialului uman.

Analiza tranzacțională și redecizia, gestaltterapia și retrăirea de către pacient a trecutului înscriu în corpul său bioenergia. Reich, Rank, Perls reprezintă momente semnificative ale mișcării psihoterapeutice umaniste.

Milton H. Erickson, datorită importanței și originalității sale, neputînd fi încadrat în nici o școală, este considerat fondatorul mai multor orientări, curente, apropiindu-se de Jay Halley, Paul Watzlawich.

F. Curentul terapiilor familiale

Evoluția terapiei individuale către terapia familială a fost cea mai mare revoluție epistemologică după Freud în

psihoterapie (Megglé, 1990). După o lungă gestație reprezentată de culturaliști (Karen Horney, H.R. Sullivan), de dinamica grupului (K. Lewin, J. Moreno), constituirea Centrului de la Palo Alto dă drept de cetate terapiei familiale cu cei doi reprezentanți ai ei, Gregory Bateson și Milton H. Erickson.

Momentul de glorie a Centrului de la Palo Alto este teoria dublei legături, rezultatul culminant al întîlnirii congruente sau discordante între ele, considerate a fi cauze ale sănătății și, respectiv, tulburării mintale. Gregory Bateson elaborează o adevărată epistemologie ecosistemică ce înglobează și o originală teorie a învățării schimbării. El susține că pentru a studia fenomenele umane, microscopul freudian nu mai este util, acum avem nevoie de un macroscop.

Mișcarea terapiilor familiale are două figuri feminine cu o reputație legendară: Cloe Madanes și Virginia Satir. Cloe Madanes conduce, împreună cu Jay Haley, Institutul de terapie familială de la Washington. Virginia Satir se ocupă de rolul comunicării în familie, considerînd „ucigătoare" comunicarea indirectă, subînțeleasă, aluzivă, suspensivă. Cu cît comunicarea în familie este mai directă, mai onestă, cu atît familia ve deveni un loc de dezvoltare a personalității.

G. Din studiile lui Perls, Satir și Erickson s-a născut **programarea neuro-lingvistică (P.N.L.)**. P.N.L. pornește de la observația că limbajul reflectă și structurează experiența lumii. Experiența noastră este engramată în cartele cu o structură V.A.K.O. (văz, auz, mișcare, miros). Accesul psihoterapeutic la aceste cartele are mai multe faze: operații logice, transferuri lingvistice (Chomschy), sincronizarea, starea dorită, calibarea, ancorarea, disocierea, ajungîndu-se pînă la schimbarea istoriei de viață (Megglé, 1990).

În concluzie, dr. D. Megglé arată că psihoterapia a trăit pînă acum trei vîrste:

1. Psihanaliza, în care terapeutul se interesează de trecutul persoanei; ipoteza pe care o susține este că descoperind cauzele problemei aceasta dispare.
2. Terapiile umaniste, hic et nunc, care susțin că nu atît cauzele, cît problema reprezintă nucleul terapiei.
3. A treia direcție consideră că nici cauza, nici problema, ci soluția este esențială și asupra ei terapeutul trebuie să-și focalizeze atenția.

La întrebarea ce tratează psihoterapia, unii spun că tratează conflictele afective inconștiente, alții deprinderile rele, gîndurile automate, creșterea Eului, gestalturile neterminate, perturbările de comunicare. La întrebarea cum, prin ce mijloc, se răspunde: schimbînd punctul de vedere sau, invers, schimbînd comportamentul.

Dar persoana globală, vie și concretă nu posedă doar dimensiunea psihică, ci și pe cea somatică și socială. Dacă în antichitate se intervenea asupra acestor trei dimensiuni: se dădea un sens bolii (posesiunea de către un spirit, de exemplu), se intervenea asupra trupului (masaje) și se integra mediul social în tratament (familia, satul), medicina modernă le-a disociat, investigînd numai trupul organic bio și fiziologic. Psihoterapia verbală a reintrodus dimensiunea spirituală, socioterapia grupală a introdus dimensiunea socială, iar somatoterapia trupul trăit calitativ. În secolul XX se constituie somatoterapia ca realitate specifică, avînd două curente distincte: unul provenit din psihoterapie, altul din practicile corporale, care au fost multă vreme disjuncte. Astfel, somatoterapia desemnează ansamblul psihoterapiilor corporale, ansamblul tentativelor de integrare a trupului în

travaliul psihoterapeutic. În lucrarea **Irupţia trupului în psihoterapie,** Richard Meyer (1996) realizează un istoric al somatoterapiei din Occident:

Tabelul 1

Curente somato-terapeutice Perioada	Curente rezultate din practicile corporale	Curente rezultate din psihanaliză
1875	Practici corporale	Hipnoza - Bernheim. Metoda catartică - Breuer.
1890-1920		Psihanaliza - Freud.
1920-1940 trup funcţional	Somatoterapii funcţionale: mişcare, postură, destindere	Vegetoterapia. Terapia activă-Reich. Neocatarsis - Ferenczi.
1960-1970 trup emoţional	Somatoterapii emoţionale - Janov, Casriel	Curent neoreichian
1970 trup senzual	Somatoterapii senzuale: masaj, sexo-terapie, boding	Curent neoferenczian Socio-somatoanaliză
1980 trup transfuncţional	Somatoterapii transfuncţionale, transă, meditaţie, talking	Psiho-somato-analiză

Tabelul 1 (continuare)

Funcţii corporale	Clasificare ştiinţifică	Somatote-rapii spe-cializate	Somato-terapii analitice reichiene, Ferenc-ziene	Somato-analize
Formă de organizare		Structurate ca tehnică	Structurate ca terapie	Structurate în cadru

În aceeaşi lucrare clasificarea somatoterapiilor oferă o imagine de ansamblu a somatoterapiilor, deosebindu-le de psihoterapii şi socioterapii.

Forma de terapie Locul aplicării	Structurală	Analitică
psyché socious soma	psihoterapie socioterapie somatoterapie	psihanaliză socioanaliză somatoanaliză

Clasificare ştiinţifică	Somatoterapii specializate	Somatoterapii interacţionale, neoreichiene, neoferencziene	Somatoanalize	Funcţii corporale
Forme de terapie	Structurate ca tehnică	Structurate în cursă	Structurate în cadru	
Mişcare	Expresie corporală, antigimnastică, dans, terapie	Expresie primitivă		
Postură	Yoga, metoda Alexander. Prezenţa exactă	Biosinteza	Abordare corporală a relaţiei	
Tensiune. Destindere	Eutonie, relaxare, psihomotricitate senzorială	Bioenergie		Eco-somato-analize
Voce	Terapie prin râs, cîntec, strigăt			
Respiraţie	Rebirth	Vegetoterapie	Paligeneză	
Sens	Artterapia	Organoterapie		
Atingere	Leibterapie Hipnoterapie Masaj, Integrare posturală	Biodinamică	Heptoanaliză; morfo-analiză; psihoterapie centrată pe trup	Psihosomato-analiză
Ascultare	Muzicoterapie		Psihanaliza dinamică	
Viziune	Vizualizare. Metoda Simonton			
Stări de conştiinţă	Talking, hipnoză, terapie prin transă, meditaţie, psihosinteză		Somato-gestaltterapie	
Emoţie	Strigăt primal. New identity Process	Psihoterapie funcţională corporală	Analiză primală, psihoterapie analitică cu mediere corporală	Sociosomato analiză

Bibliografie

1. Barrucaud D. (1970), **La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychotérapie de groupe**, Epi - SA, Paris.

2. Megglé D. (1992), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

3. Reich W. (1990), **L'analyse caractérielle**, Science de l'homme, Payot, Paris.

4. Pierson M. (1993), **Ghide de psychothérapie de la psychanalyse au developpement personnel**, Bayard Edition, Paris.

5. R. Meyer (1996), **Irupţia trupului în psihoterapie**, Editura Răzeşu, Piatra Neamţ.

Capitolul VI

Terapia timidității. Un nou model de psihoterapie a timidității: psihoterapia comunicațională

În psihoterapia actuală, cu atît mai mult în cea a timidității, demersul explorativ al fenomenului comunicării este semnificativ.

Înțelegem comunicarea în sensul cibernetic (apud Paul Popescu-Neveanu, 1976) ca un proces de schimb substanțial, energetic și informațional între două sau mai multe sisteme, pe baza căruia se asigură reflectarea sistemului emițător în sistemul receptor.

În psihoterapia timidității am formulat problema comunicării pozitive sau negative intrasistemice, între sistemul corporal (S.C.), sistemul emoțional (S.E.), sistemul discursiv (S.D.), în cadrul sistemului psihic uman (S.P.U.) și a comunicării intersistemice, între individ și ceilalți sau sistemul socio-familial (S.S.F.) (apud M. Pagès, 1993). Comunicarea internă între corp, emoție și discurs este pozitivă și sanogenă atunci cînd nu apar distorsiuni, perturbări sau blocaje, și negativă sau patogenă atunci cînd aceste distorsiuni se produc într-o formă sau alta. Astfel, funcționarea pozitivă sau negativă a unui sistem se transmite prin circularitatea intern-externă a celorlalte sisteme.

Sistemul corporal (S.C.) se referă la procesele homeostatice fundamentale şi se diferenţiază (apud M.Pagès, 1993) de tradiţia psihanalitică, dar şi de cea antipsihanalitică reichiană prin accentuarea funcţiei de comunicare a acestuia cu celelalte sisteme. La timid este extrem de semnificativ pentru sistemul corporal fenomenul numit cuirasă musculară (Reich), Eul-piele (Anzieu), anvelopă corporală, carapace, care permite construirea unei anvelope interne. Acest termen este foarte des întîlnit în limbajul de toate zilele: timidul se ascunde în sine, în propriul corp, ca într-o carapace. Manifestările corporale ale timidului sînt atît de evidente încît fenomenul carapacei se materializează şi poate fi vizualizat în:

- imobilitatea facială şi corporală sau agitaţia extremă;
- facies gen Sfinx pe care nu poţi citi nimic sau, dimpotrivă, o multitudine de imagini care se reflectă una în cealaltă şi care nu se unesc într-o imagine unică şi unitară, ci alcătuiesc un fel de caricatură, o mască caricaturală;
- mersul aplecat „pe lîngă ziduri" sau cît mai departe de oameni - principalul pericol al timidului;
- strîngerea defensivă de mînă ca şi cum ar regreta acest lucru în momentul în care a dat mîna.

Timidul se apără prea tare, anticipînd şi intensificînd pericolul. Îşi construieşte o carapace pentru a se apăra, dar rămîne claustrat în ea, nu mai poate ieşi, pentru a se apropia şi comunica cu ceilalţi.

Sistemul emoţional (S.E.) este considerat (M. Pagès, 1993) ca o conduită semiotică, o conduită de comunicare, dar nu de limbaj. Semnalul emoţional nu are arbitrariul, suplеţea, subtilitatea infinită a semnului lingvistic. Emoţia este un dispozitiv inerţial, tributar originilor, apropiată de expresia instinctuală primară. A roşi, a păli, a striga, a plînge, a

tremura, căile emoţiei sînt limitate şi urmează drumul ereditar.

Timidul este un emotiv, un hipersensibil, care nu ştie şi nu poate să transmită acest surplus emoţional. Surplusul emoţional şi globalitatea semnalului întăresc inerţia dispozitivului biologic. La timid, în relaţia de comunicare emoţională blocajul se produce atît la nivelul emiţătorului, cît şi la nivelul mesajului emoţional sau al receptorului. Dar mecanismele responsabile de aceste distorsiuni ale comunicării emoţionale sînt atît aşteptarea emoţională, cît şi răspunsul afectiv.

Aşteptarea emoţională este totdeauna supradimensionată din punct de vedere cantitativ, dar şi calitativ, timidul aşteptîndu-se mai mult sau mai puţin conştient la o simpatie necondiţionată din partea interlocutorului. Răspunsul nu corespunde aşteptării, pentru că nimic nu este necondiţionat şi atunci se produce distorsiunea comunicării. Neprimind ceea ce aşteaptă, timidul este nelămurit, se blochează, se închide în sine şi oferă şi el din punct de vedere emoţional mai puţin decît se aşteaptă în mod legitim interlocutorul. Astfel, relaţia de comunicare emoţională sărăceşte din ce în ce mai mult.

Sistemul emoţional este o noţiune asemănătoare cu pictograma lui P. Aulagnier, cu protoreprezentarea lui M. Pinol-Dourrier, unind obiectul cu o parte a corpului omenesc.

Terapia la nivelul sistemului emoţional constă în a opune ciclului vicios inhibiţie expresivă ⟶ suprimare afectivă ⟶ refulare imaginativă, ciclul virtuos dezinhibarea emoţiei ⟶ revirimentul afectului ⟶ defularea imaginativă prin tehnici de relaxare, retrăire, psihodramă emoţională.

În psihologia timidității, inhibiția expresivă este un adevărat nod gordian.

Dacă în psihanaliză problema este una de **sens,** iar evoluția este deplasarea energetică și substituția, în psihoterapia reichiană se acordă o importanță excesivă palierului corporal în detrimentul expresiei emoționale, în timp ce în **psihoterapia comunicațională** complexă (apud M.Pagès, 1993) la nivelul trăitului terapeutic specificul constă în **polifonia simțurilor**.

Răspunsul adecvat emoționalului este emoțional: a privi, a atinge pacientul (se renunță la interdicția freudiană a atingerii pacientului), a-l asculta activ, a comunica cu el la nivel emoțional și nu numai semantic sau coroporal. Angajarea emoțională a celor doi parteneri în **jocul psihoterapeutic** nu constă în faptul de a putea spune un sentiment, ci de a-l arăta, de a exprima afectele fundamentale prin gest, mimică, privire. Dacă pentru Reich **cuirasa musculară** este un fenomen pur biologic, iar pentru Freud simptomul (expresia emoțională) este semnul fantasmului inconștient, care a înlocuit amintirea unui traumatism real, pentru **psihoterapia comunicațională** emoția este un **palier intermediar** între cele două, fiind anterioară discursului lingvistic.

Specificitatea sistemului emoțional constă în funcția sa **integratoare,** de a uni într-un ansamblu unitar afectul, imaginea și expresia. El nu este nici satisfacerea directă a pulsiunii, nici limbaj, ci o primă metabolizare a pulsiunii. Sistemul emoțional realizează nu fuziunea, ci **inseparabilitatea** subiectului de obiect, într-o **logică bipolară simbiotică**. Nu se poate vorbi încă despre o relație obiect-subiect, ci despre un raport, acela al unui subiect parțial cu un obiect parțial.

La acest nivel **prezența corporală** a celuilalt și **comunicarea emoțională** cu el sînt condițiile emergenței reprezentărilor. Astfel, lucrul psihoterapeutic asupra corpului și asupra emoției nu se reduce numai la aspectele economice de eliberare de energie, ci constă în realizarea unei prime elaborări afective. Elaborarea afectivă, care se înfăptuiește prin retrăire, psihodramă emoțională, condiționare pozitivă, își propune să refacă unitatea dintre afect, imagine și expresia sa.

Sistemul discursiv (S.D.) se dezvoltă o dată cu apariția funcției simbolice a limbajului prin care se realizează separarea obiectului de subiect și se constituie **obiectul intern.**

Dintre funcțiile limbajului la timid este perturbată funcția afectivă și fatică, de contact social (Bruner, 1970), funcția expresivă (Jacobson) și funcția pragmatică (Morris). Mai mult, schema comunicării în context (T. Slama-Cazacu, 1976) și nu în vid la timid este afectată în însăși esența comunicării, schimbul.

Blocajele comunicării apar la ceea ce s-a numit **sensul comunicării,** realizat prin traversarea filtrului propriu (sistemul de valori) și a haloului (rezonanța simbolică).

Adevărul, dreptatea, cinstea, corectitudinea sînt valori ce tind, în viziunea timidului, spre absolut. El crede cu toată ființa lui că aceste valori pot fi realizate la modul absolut și își situează așteptările cognitive la acest nivel valoric. Imaginea absolută a așteptărilor cognitive ale timidului este tulburată de efectul real, de feedback-ul cognitiv primit, care în schimb nu produce în mod automat corectarea imaginii, ci are nevoie de un ajutor. Mesajul comunicării cognitive, care este dat de elementele comune identificate între emițător (E) și receptor (R), este afectat la timid nu atît din punct de vedere semantic, cît mai ales **pragmatic**, al valorii informației pentru timid. Timidul se străduiește să rămînă la înălțimea valorilor absolute, întîmpinînd tocmai de aceea difi-

cultăţi de punere în practică a valorilor absolute a ideilor. Acestea se lasă greu modelate de realitate şi de aici noi surse de suferinţă pentru timid. Fiind un defensiv, el mai mult apără decît atacă lumea ori pierde bătălia înainte de a o începe. Devine din nou un neînţeles, un neajutorat, un neadaptat.

Reţelele informaţiei care îndeplinesc funcţii de contact (Jacobson) suferă perturbări la timid. Iată deci cum **contactul** la timid este una dintre acele idei-cheie, problemă şi soluţie în acelaşi timp. De la contactul corporal la cel emoţional, discursiv, socio-familial şi invers se produce o reacţie în circuit, care deţine dar şi blochează energia terapeutică.

Sistemul discursiv permite trecerea de la **logica moleculară** intraorganică a sistemului corporal la **logica bipolară** a sistemului emoţional, în care dezvoltarea depinde de comunicarea cu un **altul privilegiat**, la **logica terţiară** a sistemului familial dominat de complexul Oedip, pentru a ieşi în logica deschisă a sistemului social, unde relaţiile logice şi afective sînt infinit substituabile.

Sistemul socio-familial (S.S.F.) este cel pe care se realizează procesul de interiorizare a valorilor sociale, dar şi a interdicţiilor sociale. La timid interdicţiile sociale sînt referitoare la agresivitate, necinste, nedreptate, la tot ceea ce este nonvaloare socială. Deşi nu există un mediu socio-familial unic pentru timid, acesta în general este **supradirijat** şi **hipersecurizant**, ducînd la formarea unui supraeu puternic, absolutist, un cenzor-moralizator (prin interdicţii de felul: să nu te cerţi, să fii cuminte, corect, cinstit etc.). **Copilul cuminte** este modelul de copil format de acest supraeu socio-familial al timidului.

Terapia la acest nivel constă în organizarea unui program de antrenament a extraversiei, a deschiderii spre cei-

lalţi, în care chiar exerciţiile de a „sări peste cal" sînt bine venite.

Pericolul de a transforma timidul în categoria lor opusă - obraznici, războinici - nu este alarmant deoarece el întîmpină obstacolul structurii predominant introvertite a timidului autentic şi al istoriei sale de viaţă închisă în turnul de fildeş.

Comunicarea intrasistemică şi infrapsihică se poate realiza fie pe o cale sanogenă, prin fenomenul numit **articulare** (M.Pagès, 1993), fie pe o cale patogenă, prin constituirea **blocului** sau **amalgamului defensiv**.

Amalgamul sau blocul defensiv se constituie prin formarea unei legături automate (o buclă de întărire) între mecanismele de apărare a două sau mai multe sisteme. Amalgamul este un **obiect hibrid** care blochează comunicarea reală între sisteme şi instalează o conduită de eşec.

La timid blocurile defensive se formează între:

- **inhibiţia expresivă** şi somatizare prin apariţia carapacei musculare (imobilitate facială şi corporală, inerţie sau agitaţie corporală etc.);
- **clivajul arhaic** al obiectului în părţile lui bune şi rele şi ideologizarea obiectului de dragoste. Astfel, timidul idealizează prietenia, dragostea, relaţiile interumane în general după patternurile arhaice de mamă, tată, bine, frumos, adevăr, încît nu mai are acces el însuşi decît la idee şi nu la relaţia concretă;
- ideologizarea obiectului de dragoste şi ideologizarea proiectului parental (*„Tot ceea ce spune mama este adevărat"*, A.B., 15 ani).

Traiectoria terapeutică se adresează acestor blocuri defensive vizînd dezlegarea lor, pentru a se deschide **spaţiul intersistemic de joc** şi a se instaura comunicarea, articulaţia în blocul amalgamului.

Strategiile terapeutice cele mai eficiente (M. Pagès, 1993) sînt cele combinate, folosind o metodă dominantă şi metode complementare. Astfel, transferului clasic i se adaugă transferul emoţional şi social. Restabilirea comunicării emoţionale cu figurile transferenţiale din istoria timidului permite înfruntarea clivajelor şi a conflictelor arhaice. Mai tîrziu, într-un alt registru, angajarea în conflicte oedipiene şi socio-familiale determină subiectul să le înfrunte şi să le depăşească.

Transferul, înţeles ca un apel de comunicare, ca o deschidere a timidului către altul (psihoterapeutul, grupul social), este cea mai bună probă de comunicare. Activitatea comunicaţională între copil şi mamă constituie un prim sistem de legături între pulsiune şi reprezentare sau reelaborarea sistemului afect-imagine M. Pinol-Dourrier (1984) şi Marcelli arată importanţa prezentării de către mamă a **obiectului dorit** de copil în forma protoreprezentărilor. Această noţiune este apropiată de cea a obiectului aglutinat care aglomerează senzaţia, afectul şi o primă reprezentare a obiectului.

Disponibilitatea internă a mamei şi a terapeutului, capacitatea lor integrativă pun în relaţie sistemul corporal cu cel emoţional, discursiv şi socio-familial. Procesul de integrare comunicaţională progresează de la un palier la altul şi se deosebeşte atît de reproducerea prin clonare, prin care A tinde să se reproducă identic în B, cît şi de clivaj sau reproducere simetrică.

Fiecare dintre sistemele prezentate are libertatea lui şi numai în virtutea acesteia poate comunica cu celelalte sisteme. Elaborarea afectivă, cognitivă, comportamentală, adică perlaborarea psihoterapeutică îşi propune să refacă libertatea relativă, intersistemică şi intrasistemică pentru a deschide

calea comunicării cu sine şi cu altul. Comunicarea cu sine presupune comunicarea cu altul şi invers.

Pedagogia românească, cu toată bogăţia ei de idei şi metode, menţine în obiectivul său persoana şi personalitatea umană normală. Orice abatere de la acest model, care ar constitui o tulburare de dezvoltare a personalităţii sau a procesului de adaptare-integrare, reclamă un „specialist" cu o pregătire adiacentă sau străină pedagogiei. Or, de cele mai multe stări conflictuale, perturbări ale procesului de acumulare, învăţare, integrare sînt responsabile fenomenele activate sau reactivate, generate sau exacerbate de instituţia de învăţămînt care are prin structura şi dinamica sa o considerabilă încărcătură stresantă. Într-o altă viziune, care aparţine mai ales gîndirii educaţionale americane, în concepţia educaţională este integrată ca parte componentă şi definitorie o formă de psihoterapie educaţională. Cine exercită actul educativ trebuie să cunoască tehnicile de protecţie psihologică de reducere a conflictualităţii, de compensare şi intervenţie recuperatorie.

În literatura românească şi în cea străină există un termen care ar permite determinarea unei unităţi morfofuncţionale a psihoterapiei comunicaţionale a timidităţii şi a terapiei educaţionale a ei: terapia complexă integrată (C. Păunescu, 1984).

Terapia educaţională a timidităţii

Timiditatea a fost definită (Dimitriu Elena, 1992) ca o tulburare afectogenă a personalităţii, a conştiinţei de sine, de auto şi interestimare, care se manifestă numai în prezenţa oamenilor sau a reprezentării lor şi determină adaptarea socială negativă sau inadaptarea socială.

Educaţia, atît în sens extensiv, ca fenomen social de modelare şi integrare a comportamentului uman, dar mai ales restrictiv, ca sistem de acţiuni dirijate conştient şi organizat, intră într-o relaţie complexă şi concretă cu întreaga perosnalitate umană, atît sub aspectul sănătăţii, cît şi al tulburării acesteia.

Relaţia timiditate-educaţie este complexă, dar şi contradictorie. În prezentarea factorilor care determină timiditatea, şi anume: factorii organici neuroendocrini; factorii afectogeni; factorii psihointelectuali; factorii motivaţionali, de perturbare a conştiinţei de sine; factorii socio-educaţionali, am observat natura lor dublă endogeno-exogenă.

Deşi în mod evident doar factorii socio-educaţionali ar fi în relaţie directă cu fenomenul social al educaţiei, natura endogeno-exogenă a tuturor factorilor, cît şi intercorelaţia puternică dintre ei sînt semnificative pentru terapia educaţională a timidităţii.

Dacă în procesul socializării, al educaţiei nedirijate poate fi condiţionată o emoţie negativă (vezi capitolul II), educaţia dirijată, conştientă poate condiţiona şi emoţia pozitivă. Deci, dacă poate fi condiţionat eşecul, înseamnă că poate fi condiţionat şi succesul.

Educaţia pentru succes are mecanisme şi etape specifice terapiei comportamentaliste: succesul real; anticiparea şi reprezentarea succesului; generalizarea sentimentului de succes.

Constituţia emotivă a timidului se manifestă în situaţiile noi, problematice şi semnificative pentru timid. Aceste situaţii nu pot fi înlăturate din viaţa cotidiană, timidul nu poate fi ţinut într-un „turn de fildeş", dar ele pot fi preîntîmpinate, deci controlate. Noul, neaşteptatul îşi pot reduce din forţa emoţională prin pregătirea pentru nou, expectaţia

neaşteptatului. Pentru a constata gradul de noutate al necunoscutului, îl raportăm la cunoscut. Necunoscutul şi noul se află în mod contradictoriu înscrise în cunoscut şi vechi. Analizînd cunoscutul şi limitele acestuia, sîntem pregătiţi pentru posibilitatea apariţiei noului şi a necunoscutului. Analiza cunoscutului este în acelaţi timp o analiză a necunoscutului, a noului şi are valoarea educaţiei pentru nou, neaşteptat.

Tendinţa constituţională a timidului, de autocentrare, poate fi controlată printr-o socializare dirijată, printr-o **educaţie a extraversiei**. Obiectivul fundamental al acestei educaţii a extraversiei poate fi formarea conştientă a schemelor mintale (terapia cognitivistă), de natură socială, pe baza cărora să se dezvolte schemele volitiv-comportamentale (terapia comportamentalistă). Preluarea critică a modelelor socio-culturale ale familiei, ale grupului socio-cultural şi ale societăţii de către timid constituie baza pentru formarea schemelor socio-comportamentale proprii.

Timidul face parte din categoria oamenilor „serioşi din fire". A-l învăţa pe timid să rîdă, să zîmbească, să se bucure poate constitui obiectivul **educaţiei pentru zîmbet** (terapia comportamentalistă).

Raţionamentul afectiv, intuitiv, hiperautoanalitic, afectivizarea relaţiei de comunicare, apercepţia negativă, autosugestia negativă sînt specifice timidului numai în relaţiile sale interumane şi nu în general. Această observaţie este esenţială pentru rolul terapeutic al educaţiei, **educaţia pentru acţiune**. Înclinaţia timidului spre autoanaliză poate fi orientată de factorii educaţionali spre analiză. Educaţia spiritului analitic completat cu cel sintetic declanşează un adevărat circuit terapeutic: orientarea spre acţiune, obţinerea succesului, creşterea extraversiei (acţiune ⟷ succes ⟷ ⟷ extraversie ⟷ acţiune).

Educaţia, sub latura ei formativă mai mult decît informativă, este interesată de armonia şi echilibrul personalităţii. Analizînd fenomenele de personalizare, interiorizare, afectivizare (vezi capitolul II) prezente în relaţiile interumane ale timidului se poate proiecta o **educaţie nonconflictuală,** pentru echilibrul şi armonia personalităţii.

Complexul ca **autoconstruct, suprastructură maladivă**, răspunzător de sistematizarea timidităţii brute, spontane în cea autentică, reflexivă, sub acţiunea mecanismelor defensive ale Eului, duce la forme neadecvate de adaptare, la ceea ce s-a numit adaptare negativă. Mecanismele defensive ale Eului, compensaţia sub forma ei de **supracompensaţie negativă** (Adler) explică forme negative de adaptare ca intoleranţa, agresivitatea, autoritarismul, manierismul comportamental. Hiperexigenţa timidului devine intoleranţă, comportamentul defensiv devine ofensiv, conduita de supunere se transformă în conduită dominatoare, chiar terorizantă.

Mecanismele defensive ale Eului sînt în mod normal inconştiente. Rolul educaţiei este de a le conştientiza şi orienta spre polul lor pozitiv, valorificînd supracompensaţia pozitivă (eroism, perfecţionism) şi treptat compensaţia pozitivă (sublimarea, creaţia), proiectînd **educaţia compensaţiei pozitive.**

Timidul trăieşte într-un permanent climat de tensiune, frustrare, stres, avînd şi conştiinţa acestora. Dreptul de care se simte frustrat timidul este dreptul la simpatia necondiţionată a semenilor. Educaţia trebuie şi poate să creeze un climat de simpatie, treptat condiţionată, pornind de la cea necondiţionată, trecînd prin metoda recompensei şi a pedepsei pînă la cea corect condiţionată (**educaţia pentru simpatie**).

Relaţia educaţie-timiditate este complexă, dar şi contradictorie. Astfel, datele statistice (Zimbardo, 1979) arată că în ţările civilizate există un număr mai mare de timizi decît în ţările nedezvoltate. SUA şi Japonia sînt considerate de Zimbardo ca ţările cu cel mai mare procent de timizi. Cum se explică acest lucru? Aceasta ar însemna că civilizaţia, cultura, educaţia determină în mod direct timiditatea?

Cultura şi educaţia înseamnă, într-o anumită măsură, inhibiţia pornirilor imediate, a tendinţelor spontane şi formarea conduitelor întîrziate, învăţate. Dar accentuarea inhibiţiei, excesul de autocontrol şi hiperconştientizarea pot conduce la instalarea unor **conduite reţinute,** specifice timidităţii. Corectarea acestor conduite prin terapia timidităţii constă în educarea echilibrului între manifestările spontane şi cele învăţate sau chiar învăţarea spontaneităţii, educaţia pentru spontaneitate (terapia umanistă). Dacă educaţia implică şi mecanismul de conştientizare, se poate conştientiza de timpuriu chiar pericolul hiperconştientizării şi hipercontrolului. De asemenea, s-a constatat că societăţile bazate pe **principiul competiţiei** sînt generatoare de timiditate. Educaţia pentru **competiţia în sine** poate conduce la timiditate, ca şi la opusul ei, agresivitatea.

Competiţia în sine creează o falsă cursă de valori, în care timidul se angajează datorită nivelului său de aspiraţie foarte ridicat, dar care-l va conduce la eşec nu atît datorită limitelor competenţei sale, ci mai ales nedezvoltării aptitudinilor sociale, esenţiale în competiţie. Competiţia implică nu numai o înfruntare cognitiv-informaţională, cît mai ales una socio-comportamentală. Competiţia însă poate şi stimula afirmarea aptitudinilor sociale dacă este coordonată, supervizată de formator şi dacă intră în armonie cu colaborarea. De asemenea, competiţia în sine creează acele scheme

mintale de dezvoltare a Eului individual, în defavoarea Eului social.

Dacă societatea, privită din punct de vedere macroscopic, poate genera timiditate, există şi nuclee microscopice ale ei care au acelaşi efect: familia, şcoala, grupul socio-profesional.

În literatura de specialitate (Berge, 1967) s-a vorbit despre defectele educaţiei în familie: lipsa de afecţiune (copii nedoriţi, familii dezorganizate); hiperprotecţionismul (copilul unic, copilul cel mai mic); perfecţionismul (copilul cel mai mare); spiritul posesiv (copilul unic); teama (părinţi timizi, narcisismul părinţilor).

Aceste defecte ale educaţiei în familie sînt întîlnite şi la şcoală,unde accentul este pus pe informare şi nu pe formare, unde obiectivele educaţiei sînt preponderent cognitive şi nu afectiv-volitiv-comportamentale.

Perfecţionismul în şcoală poate fi rezultatul competiţiei în sine. Efectul haloului în evaluarea şcolară poate conduce la hiperprotecţionism sau la conduita inversă, de autoritarism. Nervozitatea educatorilor poate induce stări de anxietate la elevii hipersensibili. Conflictele interpersonale între elevi neobservate şi nerezolvate pot duce la instalarea conflictului intrapersonal la timid. Etichetarea timidului, cu încărcătura ei socio-negativă, întreţine şi întăreşte tendinţa constituţională a timizilor.

Învăţarea socială negativă, prin condiţionarea emoţiilor de teamă, medierea centrală, intelectuală a învăţării sociale, este mecanismul formării deprinderilor de izolare, comportament nesocial sau asocial.

Contradicţia status-rol-sine poate fi nucleul nereuşitelor în cadrul grupului socio-profesional.

În sens piagetian, educaţia ar putea fi definită prin conceptul de adaptare, ca echilibru între asimilare şi acomodare. La timid, relaţia asimilare-acomodare, privită ca un proces de comunicare, este perturbată la nivelul ei social: astfel, formarea schemelor mintale de acomodare socială este filtrată de reflectarea deficitară a informaţiei de asimilare socială (relaţiile interumane).

Ca urmare, **terapia educaţională a timidităţii** stă sub semnul educaţiei sociale, de formare a aptitudinilor sociale şi de dezvoltare a Eului social, printr-o metodologie complexă, de natură cognitivistă, comportamentalistă, umanistă, familială, socio-culturală.

În concluzie, **educaţia socio-afectivă** pozitivă se poate sintetiza în:

1. **Educaţia pentru succes** prin dezvoltarea sentimentului de succes şi a conştiinţei succesului (metoda autogratificaţiei, metoda paharului pe jumătate plin).

2. **Educaţia pentru noutate, descoperire** prin dezvoltarea plăcerii descoperirii, politica „niciodată surprins", „niciodată fără răspuns", „şi eu am un rol aici".

3. **Educaţia extraversiei** prin dezvoltarea limbajului nonverbal, mimică, privire, gestică, în unitate cu cel verbal şi a sentimentului **Agora**, prin exerciţii tip Agora (ieşirea în lume, într-un spaţiu din ce în ce mai larg şi mai complex).

4. **Educaţia pentru acţiune**, pentru mişcare, dinamism, iniţiativă în familie, la şcoală, în grupul social (sarcini precise în familie, şcoală, excursii, sport).

5. **Educaţia pentru spontaneitate** prin dezvoltarea sentimentului de încredere în sine (spune ceea ce gîndeşti, ceea ce-ţi vine în minte, ceea ce vezi).

6. **Educaţia pentru comunicare** în familie, în grupul social, în şcoală, educaţia pentru **schimbul** echitabil cu ceilalţi (ce pot să-ţi ofer, ce poţi să-mi oferi?).

7. **Educaţia compensaţiei pozitive** prin valorificarea aspectelor specific-pozitive ale personalităţii.

8. **Educaţia pentru simpatie şi empatie** prin dezvoltarea conduitei asemănării şi nu a deosebirii, a reflectării imaginii proprii în oglinda socială şi a jocului de oglinzi.

9. **Educaţia pentru zîmbet,** pentru un facies deschis, primitor, prin gimnastica rîsului.

10. **Educaţia aptitudinilor sociale** prin conştientizarea şi dezvoltarea tuturor conduitelor anterioare.

Bibliografie

1. Adler A. (1995), **Sensul vieţii**, Editura I.R.I.

2. Alliprandi G.C., Screm M. (1988), **Vaincre la timidité en 21 jours**, De vecchi, Paris.

3. Boon H. (1989), **La Sophrologie**, Ed. Retz, Paris.

4. Păunescu C. (1984), **Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadaptat**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

5. Freud S. (1995), **5 lecţii de psihanaliză**, Mediarex.

6. Freud S. (1996), **Practica psihanalizei**, Mediarex.

7. Freud S. (1993), **Viaţa mea şi psihanaliza**, Editura Moldova.

8. Horney K. (1995), **Direcţii noi în psihanaliză**, Editura Univers enciclopedic, Bucureşti.

9. Horney K. (1995), **Autoanaliza**, Oscar Print, Bucureşti.

10. Jung C.G. (1994), **Puterea sufletului**, Antologie vol. I-IV, Editura Anima, Bucureşti.

11. Little I.M. (1992), **Des états-limites. L'alliance thérapeutique**, Ed. Des Femmes, Antoinette Fouque.

12. Fromm E. (1980), **Texte alese**, Editura Politică, Bucureşti.

13. Megglé D. (1990), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

14. Mureşan P. (1980), **Învăţarea socială**, Editura Albatros, Bucureşti.

15. Sen A. (1978), **Educaţie şi terapie**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

16. Văideanu A. (1980), **Educaţia la frontiera dintre milenii**, Editura Politică, Bucureşti.

17. Zimbardo Ph. (1986), **The Stanford Shyness Project**, în Shyess Plenum Publishing Corporation.

Capitolul VII

Cercetarea experimentală

A. IPOTEZA

Demersul ştiinţific s-a desfăşurat pe o perioadă de patru ani, parcurgînd fazele cunoscute: observaţia, stabilirea ipotezelor, experimentarea, analiza şi interpretarea datelor.

Timiditatea a reprezentat o dominantă a preocupărilor proprii de cercetare de peste 15 ani, timp în care observaţia ocazională, urmată de reflecţie, a fost completată cu observaţia sistematică şi studiul teoretic.

Astfel, lectura experienţei, reflecţia asupra ei şi studiul teoretic au condus la formularea unui număr de întrebări şi probleme: ce este timiditatea, care sînt cauzele sau factorii timidităţii, portretul timidului, gradele şi formele timidităţii, mecanismele psihologice ale ei, vindecarea, corectarea sau ameliorarea timidităţii.

Deoarece am definit timiditatea ca o tulburare a personalităţii, a conştiinţei de sine, s-au conturat două ipoteze:

- *Ipoteza nr. 1.* Timiditatea conţine în mod necesar elemente structural-endogene: emotivitatea şi introversia şi elemente structural-exogene, de mediu familial, social, educaţional - construct muldimensional -, accentul deplasîndu-se pe endogen sau exogen în funcţie de tipul de timiditate

(autentică, constituțională, predominant endogenă sau situațională, predominant exogenă).

- *Ipoteza nr. 2.* Timiditatea conceptualizată de Antebi (1990), ca o dispoziție a personalității care reflectă dezvoltarea socială întîrziată sau blocată, implică, după Seidman (1989), problema Eului mai mult decît a dexterității sociale ca deficit, fiind un autoconstruct (Mc Murdock 1986), cu centrarea obsesivă pe Eul individual și separarea de Eul social.

Astfel, s-a conturat **ipoteza principală** potrivit căreia transformarea autopercepției negative a timidului în autopercepție pozitivă prin psihoterapie comunicațională conduce la reducerea cotei de timiditate.

B. LOTUL EXPERIMENTAL

Pentru demonstrarea acestor ipoteze s-au parcurs două etape: diagnosticul și terapia timidității. S-a ales în mod aleatoriu un eșantion inițial alcătuit din 834 de subiecți, studenți și elevi între 14 și 22 ani:

Studenți	Facultatea	Elevi	Clasa	Total
100	Mecanică	25	a VIII-a	
123	Mecanică și Electronică aplicată	182	a IX-a	
120	Electronică aplicată	25	a XII-a	
259	Alte facultăți			
602		232		834

C. METODOLOGIA

Pentru diagnosticul timidității am aplicat următoarea metodologie:

- Chestionarul Berger pentru emotivitate (E)
- Inventarul Eysenck pentru introversie (I)
- Inventarul Zimbardo, tradus, adaptat și etalonat pentru timiditate (T)
- Metoda aprecierii obiective a lui Gh. Zapan (Z) pentru intercepția timidității
- Scara autopercepției timidității (A)
- Jurnalul intim
- Autoportretul
- Lista situațiilor și persoanelor intimidante
- Lista de succese-insuccese
- Lista de injurii-complimente

Chestionarul G. Berger, etalonat de prof. dr. A. Cosmovici și cercetătorii de la Centrul de Științe Socio-Umane din Iași, conține 90 de întrebări, din care am folosit doar 30. Dimensiunile de personalitate cercetate în experiment sînt emotivitatea, activitatea și secundaritatea. Emotivitatea, fiind considerată unul dintre factorii structurali ai timidității, a fost cercetată în mod predominant. Nu am reținut pentru calcul și celelalte dimensiuni ale personalității pentru a evita identificarea timidității cu temperamentul (vezi anexa nr. 1).

Inventarul Eysenck, etalonat de un colectiv de cercetare de la Spitalul „Socola" din Iași pe un eșantion de populație românească, conține 48 de itemi, care vizează două dimensiuni ale personalității: introversia-extraversia și stabilitatea-instabilitatea. De asemenea, am reținut pentru calcul

doar introversia-extraversia, considerată prin ipoteza secundară ca fiind dimensiune structurală a timidității.

Inventarul de timiditate Zimbardo are un număr de 29 de itemi, vizează autopercepția timidității, a frecvenței ei, comparația cu semenii, cauze, persoane, situații intimidante, reacții, sentimente, gînduri, acte generate de timiditate, consecințele pozitive și negative ale timidității. Pentru eșantionul de lucru am cotat întrebările cu un conținut cantitativ (vezi anexa nr. 1), iar cele calitative au fost interpretate prin metoda studiului de caz (vezi anexa nr. 2). Chestionarul Zimbardo diferențiază timidul de netimid prin autopercepția timidității și timidul autentic-structural de cel selectiv prin întrebările 13, 18, 20, 24.

Metoda aprecierii obiective după Zapan cercetează interpercepția timidului în colectivul sau grupul de elevi și studenți din care face parte. Astfel, după prezentarea definiției de lucru a timidității, se pun două întrebări cu privire la primii 5-7 timizi din colectiv și ultimii 5-7 timizi, iar a treia vizează autopercepția timidității pentru subiectul anchetat. Se dă lista subiecților din colectivul respectiv, din care ei trebuie să selecteze timizii.

Scara autopercepției timidității (A) măsoară pe un traseu crescător de la 1 la 10 autopercepția timidității. Subiectului i se cere să se situeze la o anumită cotă înainte de terapie și după terapie. Cotele sînt asemănătoare notelor școlare.

Jurnalul intim prezintă filmul existenței subiecților pînă în momentul cercetării, cu accent pe evenimentele mai ales negative și pe dificultățile de adaptare socială.

Autoportretul are drept obiectiv reliefarea autopercepției negative prin numărul mare de defecte observate în comparație cu calitățile subiectului.

Lista situațiilor și persoanelor intimidante urmărește diferențierea timidului autentic de cel selectiv prin numărul de situații și persoane intimidante. Timidul autentic se manifestă astfel în toate situațiile și cu toate persoanele, iar cel selectiv în anumite situații și cu anumite persoane.

Lista de succese-insuccese: subiectul este invitat să contabilizeze raportul între succesele și insuccesele obținute de el pînă în mometul începerii terapiei.

Lista de injurii-complimente scoate în evidență raportul între injuriile și complimentele adresate timidului pînă în prezent, raport perceput în defavoarea complimentelor.

Pentru diagnosticul autopercepției timidității am insistat asupra rezultatelor obținute prin:

- Inventarul Zimbardo
- Scara autopercepției timidității
- Metoda jurnalului intim
- Autoportretul timidului
- Lista de succese-insuccese
- Lista de injurii-complimente

Această metodologie complexă a fost aplicată lotului inițial, de 834 de subiecți. Considerînd autopercepția timidității (T - Zimbardo) drept criteriu al timidității, am interpretat mai întîi Inventarul Zimbardo.

Astfel, dacă din cei 834 de subiecți din lotul inițial 167 (20%) s-au autodeclarat nontimizi, au rezultat 667 (80%) care s-au autodeclarat timizi într-un moment sau altul din viața lor (variabila T-Zimbardo). Acest procent corespunde cu cel obținut de Zimbardo prin aplicarea testului său pe 10 000 de subiecți din diferite țări.

Deşi în literatura de specialitate diagnosticul timidităţii se reduce la autopercepţia ei, am continuat selecţia pentru a diferenţia timidul endogen (E, I semnificativi) de timidul exogen (T/Z semnificativ), ca şi gradele timidităţii: puternic, moderat, slab (vezi anexa nr. 2). Astfel, din cei 667 (80%) timizi autodeclaraţi (T semnificativ) în urma interpretării testelor Berger şi Eysenck, au rezultat 429 (73,76%) nonemotivi şi extravertiţi şi numai 175 (26,23%) emotivi şi introvertiţi (E, I semnificativi).

Dintre aceştia cei care au obţinut unul din rangurile I, II, III la testul Zapan au fost selectaţi în grupele experimentale şi de control (50 de subiecţi reprezentînd 28,57%).

Astfel, s-au putut diferenţia:

1. Timidul de netimid:
   a. timid dacă E, I/T/Z sînt semnficative din punct de vedere statistic*
   b. netimid dacă E, I, T, Z sînt nesemnificative din punct de vedere statistic
2. Timidul endogen de timidul exogen:

a. timidul endogen dacă, E, I, T, Z, sînt semnificative din punct de vedere statistic
b. timidul exogen dacă T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic, iar E şi I sînt nesemnificative din punct de vedere statistic.

În concluzie, dacă din cei 834 de subiecţi din lotul iniţial 50 de subiecţi sînt emotivi, introvertiţi, se consideră timizi şi sînt percepuţi ca timizi, aceştia au fost diagnosticaţi ca timizi endogeni sau autentici sau constituţionali, ceea ce reprezintă 5,9%.

* E, I, T, Z sînt semnificative din punct de vedere statistic dacă E > 45, I < 24, T ~ 8 → 47, Z = I, II, III.

Zimbardo a obţinut un procent de 4% timizi autentici prin aplicarea testului său pe un lot de 10 000 de subiecţi.

Dacă din cei 834 de subiecţi, 492 sînt nonemotivi şi extravertiţi, dar se consideră timizi şi sînt percepuţi ca timizi (492-125), rezultă că 357 de subiecţi sînt timizi exogeni-situaţionali, ceea ce reprezintă 42%.

Mai mult de 80% din cei care au răspuns la chestionarul Zimbardo au considerat că au fost timizi într-un moment sau altul din viaţa lor, iar 40% se consideră ca fiind timizi şi în prezent.

D. GRUPE EXPERIMENTALE ŞI DE CONTROL

Cei 50 de subiecţi care au obţinut cote semnificative din punct de vedere statistic la toate variabilele (E, I, T, Z) au fost introduşi în grupele experimentale şi de control.

Grupele sînt neomogene atît din punct de vedere numeric, cît şi structural, cotele obţinute la variabilele E, I, T, Z fiind diferite. Aceasta am considerat că favorizează influenţa terapeutică şi intergrupală.

Astfel, s-au alcătuit următoarele grupe.

Grupul experimental nr. 1

Este alcătuit din 8 membri: 4 studenţi în anul II la Electronică Aplicată, şi 4 eleve în clasa a XI-a şi ulterior a XII-a la Liceul „E. Racoviţă" din Iaşi.

La testarea iniţială au obţinut următoarele rezultate:

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepţie (T)	Interpercepţie (Z)
1	T.M.	62	12	47	I
2	D.A.	61	7	37	I
3	A.I.	74	19	30	III
4	A.D.	70	12	35	II
5	C.A.	54	14	35	III
6	A.M.	77	7	30	III
7	B.M.	46	11	32	III
8	V.G.	70	15	40	II

Grupul de control nr. 1

Este similar grupului experimental alcătuit din 8 subiecţi, 4 băieţi şi 4 fete, care au obţinut următoarele rezultate la pretest:

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepţie (T)	Interpercepţie (Z)
1	A.M.	72	12	47	I
2	O.A.	50	20	32	III
3	A.J.	66	18	33	III
4	Z.M.	62	23	37	II
5	D.J.	46	17	35	III
6	B.M.	82	23	35	III
7	A.C.	50	14	40	II
8	F.I.	69	21	47	I

Grupul experimental nr. 2

Este alcătuit din 4 subiecţi, un băiat şi 3 fete din clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviţă":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepţie (T)	Interpercepţie (Z)
1	B.A.	70	18	47	I
2	M.G.	81	17	39	III
3	A.B.	66	8	45	II
4	S.T.	70	12	38	III

Grupul de control nr. 2

Este alcătuit din 4 subiecţi, eleve din clasa a IX-a Liceul „E. Racoviţă":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepţie (T)	Interpercepţie (Z)
1	M.D.	50	14	39	III
2	P.S.	74	14	47	I
3	B.M.	62	17	42	I
4	P.M.	54	15	39	II

Grupul experimental nr. 3

Este alcătuit din 4 subiecţi, eleve din clasa a IX-a de la Liceul „E.Racoviţă", care au obţinut următoarele rezultate:

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepţie (T)	Interpercepţie (Z)
1	G.E.	70	8	42	I
2	H.C.	62	20	40	II
3	B.L.	58	17	35	III
4	P.R.	78	18	37	II

Grupul de control nr. 3

Este alcătuit din 4 subiecți, eleve în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepție (T)	Interpercepție (Z)
1	T.S.	70	18	38	II
2	H.R.	54	19	40	II
3	M.C.	90	18	47	I
4	S.A.	54	17	34	III

Grupul experimental nr. 4

Este alcătuit din 4 subiecți, un elev și 3 eleve în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepție (T)	Interpercepție (Z)
1	M.A.	62	13	42	II
2	C.I.	70	14	38	I
3	V.M.	46	19	41	III
4	V.D.	62	11	47	I

Grupul de control nr. 4

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepție (T)	Interpercepție (Z)
1	D.E.	46	21	38	III
2	D.V.	54	24	42	II
3	V.R.	50	18	39	III
4	P.L.	62	22	40	II

Grupul experimental nr. 5

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță":

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepție (T)	Interpercepție (Z)
1	A.M.	50	13	38	II
2	G.A.	53	17	39	III
3	V.E.	56	21	32	III
4	C.I.	82	14	45	I

Grupul de control nr. 5

Este alcătuit din 4 subiecți, un băiat și 3 fete, elevi în clasa a IX-a de la Liceul „E. Racoviță":.

		Emotivitate (E)	Introversie (I)	Autopercepție (T)	Interpercepție (Z)
1	D.C.	54	17	39	III
2	C.C.	73	10	47	I
3	C.M.	62	13	38	II
4	T.M.	62	23	35	III

E. EXPERIMENTUL TERAPEUTIC

1. Principii:

Timiditatea nu este o boală, ci o tulburare a personalității. Deoarece timiditatea este considerată a avea în structura sa (Melchior, 1991) un factor global care corespunde timidității dispoziționale și factori specifici (situaționali), terapia timidității se adresează mai ales factorilor specifici (cognitivi, afectivi, voliționali, comportamentali),

care pot fi modificaţi, şi factorului general, ce poate fi doar controlat.

Prin terapia timidităţii înţelegem pregătirea timidului printr-un arsenal de atitudini, metode şi tehnici de autocunoaştere, autoacceptare, precum şi cu tehnica obţinerii succesului social.

Principiul activismului. Depăşind neutralismul freudian şi spaţiul inautentic (cabinetul psihologic şi divanul), promovăm o psihoterapie activă, bazată pe principiul emoţiei corectoare postfreudiene, pe principiul interacţionist al psihoterapiei umaniste, pe acel concept de UNU, unitate de bază (N. Little, 1991) sau R - răspunsul total al analistului la problemele clientului, care gravitează în jurul responsabilităţii.

Unitatea şi interacţiunea între cauză, problemă şi soluţie. Descoperind şi conştientizînd cauza problemei, aceasta nu rezolvă problema de la sine, aşa cum considera psihanaliza, dar ignorarea cauzelor şi focalizarea intervenţiei psihoterapeutice numai pe problemă sau soluţie conduc la ruperea contextului firesc cauză-efect şi promovează tehnicismul. Structura complexă a timidităţii (factori organici neuroendocrini, afectogeni, psihointelectuali, motivaţionali, de perturbare a conştiinţei de sine şi socio-educaţionali) determină formarea unor tipuri şi grade diferite de timiditate.

Cunoscînd cauzele şi structura ei putem clasifica timiditatea astfel: afectivă, intelectuală, volitivă, comportamentală, constituţională sau situaţională şi putem aborda metodologia adecvată (emoţia corectoare, redecizia, desensibilizarea etc.). Între cauză, problemă şi soluţie există o interacţiune continuă, o circularitate, accentul mutîndu-se de

la una la alta în funcţie de situaţia concretă (tipul şi gradul timidităţii, vîrsta, sexul, pregătirea subiectului).

Timpul afectat tratamentului psihoterapeutic trebuie adaptat relaţiei concrete subiect-timiditate-psihoterapeut. Astfel, în mod teoretic o timiditate situaţională poate fi tratată într-un interval de pînă la 6 luni, timiditatea constituţională poate beneficia de o intervenţie intensivă de 1-2 ani şi o consiliere adecvată, periodică pe parcursul întregii vieţi.

Circularitatea trecut-prezent-viitor. Dacă predominarea cauzei în concepţia psihanalistă înseamnă fatalismul trecutului, predominarea problemei în concepţia psihoterapiei umaniste înseamnă ruperea de trecut, predominarea soluţiei promovată de cea de-a treia direcţie în psihoterapie poate conduce la izolarea problemei nu numai de istoria ei, ci şi de subiect. Astfel, aşa cum considerau psihoterapeuţii africani, problema poate deveni anonimă.

Terapia timidităţii implică în mod necesar atît o abordare istorică a problemei (prin anamneză, conversaţie), cît mai ales actualizarea acesteia cu scopul orientării tehnicilor psihoterapeutice spre concret, actual, specific, anticipînd şi prefigurînd un comportament dezirabil.

Conţinutul intervenţiei psihoterapeutice. Aceasta se adresează conflictului afectiv între Eul individual şi Eul social, comportamentului social neadecvat (handicap social), gîndurilor automatizate şi false (complex de inferioritate, iminenţa eşecului), gestalturilor neterminate (privirea indecisă, ocolită, mersul stîngaci, pe lîngă ziduri, aşezarea pe marginea scaunului, strîngerea ezitantă de mînă, neglijenţa în ţinuta vestimentară), perturbărilor de comunicare

(vocea prea înaltă sau joasă, tăcerea sau hiperdiscursul, lipsa de expresivitate sau manierismul, clovneria).

Deoarece timiditatea fiecărui subiect are o formă proprie, concretă, psihoterapeutul trebuie să se implice, să se angajeze în descoperirea ei, chiar mai mult, în reformularea ei cu ajutorul subiectului. Este etapa de punere a problemei, care numai dacă este făcută corect înseamnă rezolvarea problemei pe jumătate.

Metodologia psihoterapiei timidităţii nu preexistă intervenţiei concrete decît în sensul pregătirii complexe a psihoterapeutului. Ea trebuie construită şi reconstruită (perlaborare, M. Little, 1991) pe baza relaţiei de parteneriat dintre subiect şi psihoterapeut. Momentul esenţial în conturarea definitivă a acesteia este acel insight, iluminare, care face, posibilă pătrunderea psihoterapeutului în lumea autentică a timidului.

● Principiul psihanalist al conştientizării nu asigură rezolvarea problemei, cu atît mai mult cu cît timidul autentic este conştient de tulburarea sa, el suferă chiar de hiperconştientizarea ei. Înţelegînd hiperconştientizarea obsesivă ca o cauză a timidităţii, devine benefic în acest caz antrenamentul hipoconştientizării, al relaxării, al decentrării timidului.

● Emoţia corectoare din psihoterapia umanistă se adresează fie evenimentelor din trecut, sub forma retrăirii lor pozitive, fie evenimentelor din prezent sau viitor prin anticiparea pozitivă, expectanţa succesului şi programarea pentru succes, acestea fiind semnificative pentru terapia timidităţii, cu atît mai mult cu cît timiditatea este o tulburare afectogenă.

● Redecizia cognitivă se adresează timidului în sensul reducerii autocentrării în timpul acţiunii, al decentrării şi orientării interesului către ceilalţi şi neutralizării proceselor cognitive defectuoase: abstracţiunea selectivă negativă, inferenţa arbitrară, supergeneralizarea, maximizarea sau minimizarea, personalizarea, gîndirea dihotomică.

● Terapia raţional-emotivă (R.E.T), concepută parcă special pentru timiditate, se adresează corectării celor trei „trebuie" (prin psihanaliză, redecizie, sugestie).

● Metodele comportamentaliste se aplică în cele două etape: decondiţionarea prin desensibilizare sistematică, imersiune, implozie şi condiţionarea succesului prin sugestie, autosugestie, tratamentul asertivităţii, metode de grup (de întîlnire, de lucru, de stimulare a creativităţii).

● Actualizarea potenţialului uman pozitiv la timid se face prin valorificarea sensibilităţii, a spiritului analitic, a idealismului său nobil şi orientarea lor către cunoaştere, artă, religie.

● Programarea neuro-lingvistică (P.N.L.). Limbajul folosit de timid este extrem de semnificativ atît în conţinut, cît mai ales în formă, cu atît mai mult cu cît intercomunicarea este suferinţa timidului. Dacă limbajul structurează experienţa lumii, atunci blocajele comunicării, tăcerile anxioase, deturnările subiective, de sens, vor edifica o lume schizoidă la timid. În terapie, accentul pus în structura cartelelor V.A.K.O. trebuie deplasat de pe văz şi auz pe mişcare, verbalizare, discurs, povestire, conversaţie.

● Analiza tranzacţională poate constitui un nou echilibru interior între cele trei ipostaze ale Eului: părinte, adult, copil, cît şi exterior în relaţiile cu ceilalţi. Dacă interrelaţiile cu ceilalţi dar şi cu sine vor fi construite pe principiul echivalenţei de la părinte la părinte, de la adult la adult, de la copil la copil, se va sigura maturizarea necesară şi eficienţa lor. Timidul, în relaţiile cu ceilalţi, se situează în ipostaza

copilului neîndemînatic, nepregătit, mereu pus la punct, iar în relaţiile cu sine îmbracă haina părintelui autoritar, necruţător.

Erori în tehnica interpretării. Wilhem Reich, în **L'Analise caracterièlle** (1992), prezintă cîteva erori în tehnica interpretării: interpretarea prematură a semnificaţiei simptomelor, interpretarea materialelor în ordinea apariţie lor, fără a ţine seama de structura tulburării şi stratificarea ei, analiza începînd înainte de a neutraliza rezistenţele psihicului sau eludîndu-se rezistenţa latentă.

Analiza rezistenţelor psihicului este orientată în funcţie de anumite condiţii: să se ia în analiză materialele elaborate de subiect, comportamentul său, tot ce ascunde şi deformează el, să se facă o listă de diferite tipuri de rezistenţe, interpretarea de fond să se facă în funcţie de conţinutul, dar mai ales de forma comunicării, să fie atacată rezistenţa principală, dar nu prin tăierea nodului gordian, ci desfăcîndu-l cu grijă potrivit principiului: nu eşti niciodată prea activ cînd este vorba de a analiza rezistenţele, nici prea pasiv cînd este vorba de a interpreta inconştientul.

Freud a arătat că nevroza originală nu poate fi atinsă decît traversînd nevroza de transfer. Atenţia trebuie focalizată atît pe transferul negativ, cît mai ales pe cel pozitiv, care dincolo de efectul benefic poate disimula sentimentele reale (ura faţă de psihoterapeut), pe limitarea interpretărilor pînă se ajunge la una singură, pe stabilirea unui contact permanent între situaţia actuală şi situaţia infantilă; de asemenea, trebuie început cu atacul poziţiilor actuale, care vor conduce încet, încet la situaţia patogenă centrală din copilărie. Se ştie că orice rezistenţă reprezintă impulsul sinelui, căreia i se impune impulsul Eului, ambele inconştiente. Totodată

este indicat să se atingă mai întîi impulsul Eului, care este într-o mai strînsă legătură cu Eul conştient, şi apoi impulsul sinelui. Astfel, eliminăm o mare parte din transferul negativ; rezistenţele nu trebuie ocolite, ci lăsate să se dezvolte, chiar reanimate, deoarece ele au o natură ambivalentă: atît de apărare, cît şi de eliberare a energiei terapeutice.

Strategii terapeutice. Strategia tratamentului constructiv. Dacă strategia descompunerii răspunde la întrebarea „ce poate fi eliminat, pentru ca tratamentul să rămînă la fel de eficient", strategia tratamentului constructiv vizează întrebarea „ce poate fi adăugat unui tratament pentru a-l face mai eficient". Ea constă în faptul că în terapia timidităţii am adăugat noi proceduri, care însă au intrat într-o relaţie puternică de interacţiune cu celelalte. Totuşi, s-a putut diferenţia nucleul cognitivist al acestui tip de terapie, datorită accentului pus pe „programul informaţional" corect introdus în computerul propriu, creierul subiectului.

Terapia timidităţii cuprinde atît în concepţie, cît şi în metodologie elemente psihanalitice, comportamentaliste, cognitiviste, gestaltiste. R.E.T., umaniste, P.N.L., tranzacţionale.

Factorii afectogeni corelaţi cu cei socio-educaţionali au fost trataţi în viziune psihanalitică: prin întoarcerea la copilărie şi dominarea afectivităţii se pun în evidenţă fenomenele de hiperprotecţie, autoritarism, lipsă de afecţiune, perfecţionism, narcisism.

Frica de oameni îşi are originea în copilărie şi prin verbalizare, vis etc., psihanaliza poate determina accesul la nivelul conştiinţei al impulsurilor bazale, infantile.

Învăţarea socială negativă: procesele de condiţionare negativă a eşecului, anticipaţia negativă, care determină comportamentul defensiv al timidului, stîngăcia, blocajele în

acţiune sau inacţiune, manifestările extremiste de hiper sau hipoexteriorizare, pot fi cunoscute printr-un demers psihoterapeutic comportamentalist.

Factorii psihointelectuali pot fi trataţi la modul cel mai adecvat în manieră cognitivistă. Ideile false, schemele mintale defectuoase ca, de exemplu, sentimentul de inferioritate sau cei trei „trebuie" din R.E.T. vor duce la filtrarea incorectă a evenimentelor realităţii, la distorsiunea proceselor cognitive la timid: raţionament afectiv, hiperautoanalitic, intuitiv, maximizarea sau minimizarea, personalizarea, gîndirea dihotonică. Redecizia este pivotul corectării acestor disfuncţionalităţi.

Factorii motivaţionali, de perturbare a conştiinţei de sine, care constituie de fapt nucleul structural al timidităţii, pot fi puşi în evidenţă de psihoterapia umanistă. Atitudinea psihoterapeutului - de încredere, respect, empatie, deschidere şi implicaţie totală în limitele responsabilităţii - va stimula aceeaşi atitudine la timid, va conduce la coştientizarea fenomenelor de conflict, complex, frustraţie, stres care afectează nucleul personalităţii timidului.

Perturbarea conştiinţei de sine prin accentuarea ei poate involua pînă la disocierea Eului între componenta sa individuală şi cea socială. Emoţia corectoare, retrăirea fenomenelor, intensitatea relaţiei psihoterapeut-timid sînt responsabile de redimensionarea conştiinţei de sine. Privirea, mersul, gestica, mimica specifice timidului sînt surprinse prin metodele gestaltiste, de citire a limbajului corporal. Limbajul verbal specific timidului, atît în conţinut, cît mai ales în formă, poate face obiectul studiului P.N.L. Astfel, prin sugestie şi autosugestie, P.N.L. poate restructura spaţiul vital al timidului.

Prezentarea desfăşurată a terapeuticii generale a timidităţii:

- **Cunoaşterea subiectului:** chestionar de intelect, raporturi sociale, caracter (Chartier): 1-2 săptămîni, în total 4 ore.

- **Cunoaşterea timidităţii subiectului prin chestionarul Stanford** (Zimbardo): 1-2 săptămîni, în total 4 ore, în urma căreia se poate face o primă deosebire între timidul autentic constituţional, dispoziţional şi situaţional (vezi anexa nr. 2).

- **Psihanaliza formei specifice de timiditate:** în total 34 de ore, după cum urmează: anamneza, 1-2 săptămîni (în total 4 ore); conversaţia 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista situaţiilor intimidante concrete 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista persoanelor intimidate 1-2 săptămîni (în total 4 ore); lista cauzelor pe care subiectul le consideră răspunzătoare de propria timiditate 2-4 săptămîni (în total 8 ore); relaţii fizice 1 săptămînă (în total 2 ore); gînduri 1 săptămînă (în total 2 ore); sentimente 1 săptămînă (în total 2 ore); acte 1 săptămînă (în total 2 ore); consecinţele timidităţii 1 săptămînă (în total 2 ore).

- **Perlaborarea**: punerea problemei; formularea şi reformularea ei; insight-ul, pătrunderea în cîmpul psihic intim al timidului; descoperirea cheii potrivite (acel ceva specific de care se apără timidul în cauză); structura terapiei în jurul nucleului descoperit; relaxarea (4 săptămîni, în total 8 ore).

- **Analiza, interpretarea ei şi depăşirea rezistenţelor** (vezi W. Reich). Se aplică metodele psihanaliste de conştientizare, de sugestie şi autosugestie (6 săptămîni, în total 12 ore), stimularea transferului şi contratransferului pozitiv, menţinînd controlul asupra transferului negativ. Se induce,

prin atitudinea psihoterapeutului, identificarea personajelor pozitive din istoria de viaţă a timidului cu persoana psihoterapeutului. Contratransferul pozitiv se instalează în mod spontan: cînd, de exemplu, psihoterapeutul a fost timid şi şi-a depăşit timiditatea sau psihoterapeutul identifică în mod voit un personaj pozitiv din viaţa sa cu subiectul.

De obicei însă transferul pozitiv şi negativ conviețuiesc. Rezistenţa provocată de transferul negativ nu trebuie ocolită, ci actualizată, conştientizată şi depăşită.

Terapia timidităţii

Eul fizic. Pregătirea igienico-fizică, estetică, vestimentară prin sfaturi, sugestii, prin exerciţii fizice. Igiena zilnică, schimbarea vestimentaţiei, cosmetica, coafura, vor duce la formarea unei noi imagini de sine (2 săptămîni, în total 4 ore).

Comportamentul: a) aspecte formale; b) aspecte de conţinut.

a) Aspectele formale: se antrenează vorbirea clară, puternică, modulată prin exerciţii de vorbire, de citire; se antrenează mersul drept, suplu, elegant prin exerciţii de mers; poziţia pe scaun, în centrul lui şi nu pe margine, în centrul unei încăperi şi nu la extreme; se dă tema de conversaţie, se discută două minute, apoi 5-10-15-20 de minute, întîi cu psihoterapeutul, apoi cu 2-3-5 persoane cunoscute şi necunoscute; se evaluează continuitatea conversaţiei, logica ei, relaxarea subiectului; se educă orientarea privirii către partenerul de discuţie; se evită împietrirea gesticii, ca şi excesul de gesturi, care ar crea impresia de teatralism, clovnerie; se exercită salutul politicos, strîngerea de mînă.

b) Aspectul de conţinut: ordinea, disciplina, consecvenţa, punctualitatea prin alcătuirea împreună cu timidul a unui program zilnic, riguros respectat (6 săptămîni, în total 12 ore).

Eul comportamental. Desensibilizarea treptată faţă de situaţiile şi persoanele intimidante. La întrebările: care sînt aceste situaţii şi persoane şi de ce sînt ele intimidante va răspunde psihanaliza. Apoi se folosesc implozia, imersia, metoda „cuşca cu lei", retrăirea, redecizia. Desensibilizarea treptată faţă de persoanele intimidante se realizează prin aceleaşi metode (8 săptămîni, în total 12 ore).

Eul psihic, conştiinţa de sine. Se face psihanaliza sentimentelor, gîndurilor timidului în timpul acţiunii şi în afara acţiunii. Se conştientizează consecinţele negative determinate de aceste sentimente şi gînduri, care se reformulează, luîndu-se decizia ca în timpul acţiunii timidul să nu gîndească decît la acţiune, se retrăieşte în minte şi apoi în realitate această nouă hotărîre. Se face psihanaliza ideilor false, a complexelor de inferioritate, urmărindu-se depăşirea lor prin sugestie, autosugestie, metoda competenţei (8 săptămîni, în total 12 ore).

Eul social. Antrenamentul asertivităţii prin metoda grupului de întîlnire, de lucru sau training group. Se stimulează exprimarea gîndurilor, a sentimentelor, discuţia în contradictoriu, cearta chiar, orice duce la exteriorizare.

Metoda programării comportamentului prosocial: cunoscînd situaţiile şi persoanele intimidante, se elaborează împreună cu timidul o listă de răspunsuri posibile. De exemplu, în cazul atacului la aspectul fizic, intelectual, comporta-

mental, răspunsurile posibile sînt: surîsul; fiecare este priceput în domeniul său; nici oamenii mari sau geniile nu au fost înţeleşi întotdeauna; adevărul absolut nu există, dar trebuie să-l preferăm minciunii; totul este posibil în anumite limite.

Metoda negaţiei: a învăţa să refuzi ceea ce nu-ţi convine şi a exprima clar, dar nu agresiv acest lucru.

Metoda iniţiativei: antrenamentul iniţial acasă, printre rude, prieteni, cunoscuţi, la serviciu şi transferul acesteia printre necunoscuţi.

Metoda modelului: alegerea de către timid, în colaborare cu psihoterapeutul, a unui model de personalitate cu care ar dori să se identifice.

Educarea stilului propriu de a fi prin retrăire, personajul închipuit, redecizie, schimbarea istoriei de viaţă.

Stimularea creativităţii prin metodele brainstorming, sinectică etc. conduce la educarea spontaneităţii în gîndire, iar prin conştientizare la transferul acesteia în comportament.

Alte metode: psihodrama, teatrul ca spectacol privit sau jucat, dansul, călătoriile, vizitele, jocurile de societate.

Metoda statutului profesional: realizarea pe plan profesional poate constitui o bază a realizării pe plan social, prin transfer, dar şi o modalitate de autoapărare, automulţumire. Timidul foloseşte orice cale pentru autoapărare. Aspiraţia către un statut profesional bun şi accesul la el pot constitui o puternică motivaţie pentru accesul la un statut social bun. Stimularea pregătirii pentru un anumit domeniu de activitate poate crea baza de discuţie pentru terapia timidităţii.

Metoda competenţei: L.Dugas spunea că orice competenţă este un „brevet de siguranţă". Deci formarea unei competenţe înseamnă atît mobilizarea cognitivă, însuşirea

unor cunoştinţe, deprinderi, priceperi, cît şi stăpînirea şi transmiterea lor, adică mobilizarea afectiv-voliţională. Această energie afectiv-voliţională poate fi transferată prin sugestie şi autosugestie Eului social.

F. TERAPEUTICI SPECIFICE SCURTE

În urma testării, care pentru un subiect durează în medie o săptămînă (în total, 7 ore), se procedează la etapa terapeutică.

Un moment fundamental pentru psihoterapia timidităţii este încheierea contractului psihoterapeutic, prin care subiectul ia hotărîrea de a nu mai fi timid. Această hotărîre este primul program informaţional "introdus" în psihicul subiectului. Este un program care se va integra în strategia cognitivă a terapiei timidităţii.

În prima zi, contractul psihoterapeutic se poate formula astfel:

- M-am hotărît să nu mai fiu timid
- Voi urma programul de 21 de zile în mod regulat
- Nu voi lipsi sau întîrzia
- Îmi voi mobiliza toate forţele pentru a învinge timiditatea
- Voi face toate exerciţiile, oricît ar fi de dificile
- Vreau şi pot să-i ajut pe colegii mei din grupul terapeutic
- Nu mă grăbesc, am răbdare cu mine
- Nu aştept minuni, ci rezultatele pe care le pot obţine singur prin forţele mele
- Sînt actorul propriei mele evoluţii
- Am încredere în mine şi în forţele mele neexplorate.

Acest contract psihoterapeutic este rezultatul practicii terapeutice, cînd rezistenţele psihice s-au manifestat sub formă de absenţe, întîrzieri, blocaje acţionale, refuzul de a participa la grup. Trecute în contract, ele alcătuiesc programul cognitiv care mobilizează psihicul pentru obiectivul urmărit. Desigur că acest contract nu este infailibil, rezistenţele apar şi după încheierea contractului. Contractul însuşi poate stimula apariţia rezistenţelor, acestea fiind chiar mai importante decît blocajul lor, deoarece numai astfel pot fi depăşite, eliberîndu-se totodată energia terapeutică necesară.

A doua zi (1-2 ore). Terapia se adresează carapacei musculare printr-o strategie complexă de relaxare. Relaxarea se realizează în trei etape, prin care se urmăreşte obţinerea decontractării fizice şi psihice prin: caseta de relaxare Screm, training autogen Schultz, o singură frază: sînt calm, liniştit, voi avea succes!

Caseta de relaxare conţine o metodă de relaxare special elaborată de italianul M. Screm pentru timiditate, cu muzică şi text adecvate, tradusă din franceză şi refăcută cu vocea psihoterapeutului. După o introducere pe muzică de Bach, urmează o parte de text pe muzică, apoi textul propriu-zis de relaxare, pe un fond realizat de bătăile metronomului. Textul de relaxare este elaborat după aceleaşi principii (greutate, căldură, vizualizare) ca şi metodele de relaxare Schultz şi Jacobson. Starea de relaxare obţinută se verifică prin atingerea pacienţilor de către psihoterapeut în momentul relaxării (în terapie se renunţă la interdicţia atingerii) şi prin discuţiile şi sondajele de după relaxare.

După relaxarea Screm, se învaţă relaxarea mai scurtă Schultz, care va fi dată ca exerciţiu pentru acasă. Exerciţiile

de relaxare se vor repeta în cabinetul psihoterapeutic şi acasă pînă cînd se va obţine relaxarea pe o singură frază, printr-o singură autocomandă, adresată psihicului: sînt calm, liniştit, voi avea succes!

A treia zi. Ce este timiditatea şi ce fel de timid sînt eu este tema discuţiei ce se va declanşa după încheierea contractului psihoterapeutic şi învăţarea relaxării. Într-o atmosferă de relaxare, fiecare membru al grupului se va prezenta şi va povesti celorlalţi, va retrăi filmul vieţii sale. Ceilalţi au rol de observatori activi, putînd să întrerupă actorul, să pună întrebări, să formuleze soluţii la problemele pe care acesta le ridică, să facă trimiteri la propriile probleme. Această psihanaliză va continua pe toată perioada psihoterapiei pînă cînd se conştientizează conflictele inconştiente ale subiectului-actor şi se descoperă în grup acele clişee mintale şi comportamentale şi gestalturi neterminate care în automatismul lor blochează comunicarea şi adaptarea. În funcţie de durata filmului vieţii şi de numărul membrilor din grup, psihanaliza şi respectiv psihoterapia durează mai mult sau mai puţin.

Clişee mintale şi comportamentale semnificative:

H.C.L., 15 ani, Liceul „Emil Racoviţă": 1. „Toţi se uitau la mine ca la ceva neobişnuit" (complex de inferioritate); 2. „ceilalţi vor rîde de mine" (anticipaţie negativă); 3. „Nu ştiu dacă aş mai suporta să mă despart de ea" (anticipaţie negativă).

B.L., 15 ani, elevă la Liceul „Emil Racoviţă": 1. „Prefer să fiu singură decît să am prieteni care nu se ridică la nivelul cerinţelor mele" (perfecţionism); 2. „Probele cele mai grele mi-au fost date mie" (autoagresivitate); 3. „M-am gîndit să nu deranjez" (anticipaţie negativă).

S.T, 15 ani, elevă la Liceul „E. Racoviţă": „Autoagresivitatea porneşte dintr-o plăcere pasională de a mă pedepsi. Consider că merit şi aceasta nu pentru că am săvîrşit un fapt urît, ci pentru că aşa sînt eu. Mi-e teamă şi prevăd că mi-o vor spune cei din jur, dar pentru a nu-mi face un dublu proces de conştiinţă mă autopedepsesc cu mult înainte" (autoagresivitate, hiperexigenţă, anticipaţie negativă).

A.L., 17 ani, elevă la Liceul „E. Racoviţă": „Nu suport să-i fie cuiva milă de mine" (autoagresivitate).

B.A., 15 ani, elevă la Liceul „E. Racoviţă": 1. „De atunci, nu cred să mai fi fost atît de obraznică şi atît de îndrăzneaţă" (falsă identificare); 2. „Tot ce spunea mama despre mine era adevărat, aşa că am crezut-o şi de atunci nu m-am mai băgat în grupurile de fete şi de băieţi" (generalizare forţată).

G.R.E., 15 ani, Liceul „E. Racoviţă": 1. „Simpla idee de a acţiona astfel (a se bate, a se certa) mă făcea să mă eschivez, să mă ascund ca într-o carapace" (hipersensibilitate); 2. „Întotdeauna am dat atenţie părerilor oamenilor şi toate evenimentele, chiar nesemnificative, mi-au rămas adînc sculptate în memorie" (supraevaluare socială); 3. „Cînd a început şcoala, m-am refugiat în învăţătură" (supracompensaţie); 4. „Arătam ca o stafie" (complex de inferioritate).

P.R.O., 15 ani, Licul „E Racoviţă": 1. „Mă priveau ca pe o proastă" (complex de inferioritate); 2. „Eu am venit mult prea tîrziu, cu o fustă scurtă şi asta deoarece consideram acest lucru o neobrăzare" (falsă identificare).

Aceste clişee mintale şi comportamentale sînt descoperite în grup, cu ajutorul psihoterapeutului, ele fiind de fapt multiplicări infinite ale cîtorva scheme automate şi false de gîndire şi comportament: anticipaţie negativă; complex de inferioritate; supracompensaţie; generalizare forţată; identificare falsă, care funcţionează într-un cerc vicios ca mecanisme psihologice ale timidităţii.

Descoperirea şi aducerea lor la un numitor comun prin denumirea ştiinţifică pune în evidenţă funcţionarea timidităţii, dar şi antidotul ei. O dată descoperite, ele vor fi analizate ca scheme false de gîndire şi vor fi elaborate, cu ajutorul grupului, schemele corecte, flexibile de gîndire şi comportament printr-o nouă programare mintală şi comportamentală. Fiecare clişeu mintal, deşi mecanism psihologic al timidităţii, deţine antidotul în el însuşi: astfel, anticipaţiei negative i se opune anticipaţia pozitivă, complexului de inferioritate decomplexarea, compensaţiei negative sau supracompensaţiei compensaţia pozitivă, cercului vicios, spirala etc. Dar pentru punerea în mişcare a acestor mecanisme psihologice antidot, este necesară psihoterapia comunicaţională complexă.

A patra zi. Deoarece psihologia timidităţii gravitează în jurul imaginii şi conştiinţei de sine, se cere subiectului alcătuirea autoportretului real şi imaginar. Subiectul realizează în scris autoportretul real, cu ierarhizarea calităţilor şi defectelor, ca şi autoportretul imaginar, cu trăsăturile psihice şi fizice la care aspiră.

Autoportretul real are ca obiectiv conştientizarea autopercepţiei negative prin disproporţia între calităţile şi defectele autopercepute atît ca număr, cît şi ca importanţă. Autoportretul imaginar urmăreşte orientarea psihoterapiei către interpercepţia pozitivă, care prin feedback va conduce la autopercepţia pozitivă. Descoperind care este imaginea de sine ideală a timidului, prin exerciţiile care urmează se va forma cu ajutorul grupului această imagine pozitivă.

A cincea zi. Se poate trece la ceea ce am numit limbajul corpului şi educarea lui, deci la comunicarea nonverbală. Se elaborează împreună cu subiecţii un proiect de comunicare nonverbală:

1. Privirea partenerului. Acest exerciţiu este foarte semnificativ, deoarece timidul nu are curajul să înfrunte partenerul, nici măcar cu privirea. Privirea este o formă de contact social, iar ocolirea privirii face parte din conduita de evitare a riscului, pe care contactul l-ar putea implica (autosupraprotecţie). Teama timidului de a nu fi intimidat prin privire (anticipaţie negativă) poate fi contracarată fiind învăţat să privească el întîi partenerul: a nu te lăsa privit (atacat), ci a privi (a ataca) tu însuţi.

2. Zîmbetul pe buze. Este una din soluţiile magice pentru a obţine succesul. Distimia constituţională a timidului, ca şi handicapul social obsedant constrîng timidul la o încruntare perpetuă. Zîmbetul este o conduită de deschidere, de extraversie şi de acceptare, care adresată interlocutorului se constituie într-un feedback automat, de acceptare a timidului.

Teama fundamentală a timidului de respingere poate fi contracarată printr-o conduită anticipativă, de acceptare a partenerului prin zîmbet.

3. Vocea fermă, puternică, sigură, deschisă, primitoare, caldă, nuanţată. Timidul are tendinţa să vorbească încet, nesigur, cu o voce nenuanţată, inertă, rece, nonafectivă. Vocea transmite fidel starea fundamentală a timidului de teamă, nesiguranţă, neîncredere şi se constituie într-o carte de vizită neatractivă pentru interlocutor. Orice informaţie ar transmite timidul cu o astfel de voce este neconvingător.

4. Mersul drept, flexibil, elegant, hotărît. Mersul comunică şi el interlocutorului starea afectivă negativă a timidului. Timidul merge aplecat ca şi cum întreaga greutate

a lumii este susţinută de umerii săi. Conduita de Atlas se corectează atît prin metode cognitiviste, prin conştientizarea conduitei de supunere (aplecat = supus), cît şi prin metode comportamentaliste, de decondiţionare şi condiţionare corectă. Se educă un nou stil de mers atît în cabinet, pe scenă, cît şi în arena vieţii, prin acţiunile organizate cu grupul.

5. Aşezarea pe scaun într-o încăpere în centrul ei, nu în spate sau într-un loc ascuns. Timidul şi-a format o ciudată abilitate de a găsi locurile cele mai ascunse dintr-un spaţiu oarecare (conduită de autoprotecţie).

6. Mimica şi gestica bogate, deschise, nuanţate. Timidul are tendinţa de a-şi forma un comportament mimico-gestic inert, de Sfinx, care mai mult blochează informaţia decît o transmite. Conştientizarea acestor conduite afective nonexpresive, ca şi formarea unor conduite noi se realizează prin exerciţii atît în cabinetul psihoterapeutic, cît şi în afara lui, în mediul familial, de prieteni, şcolar.

Limbajul corpului şi modelarea lui fac parte din cadrul psihoterapiei emoţionale şi nu pur corporale sau semantice. Se urmăreşte formarea unei imagini fizice şi comportamentale a timidului, pe care acesta o oferă interlocutorilor şi care prin feedblack conduce la pozitivarea imaginii de sine a timidului.

A şasea zi stă sub semnul artei conversaţiei. Astfel, timidul - care nu ştie de ce, cînd şi cum să spună ceva într-o conversaţie - va face exerciţii de vorbire în grup (exteriorizare), de conversaţie (contact social) şi chiar de ceartă (dominare).

În relaţiile interumane timidul se plasează într-o situaţie cu adevărat paradoxală, deoarece una din rezistenţele

cele mai puternice la timid este comunicarea. Astfel, discuţiile banale i se par adesea nedemne de atenţia sa (standard perfecţionist), iar pentru discuţiile mai sofisticate se consideră nespecialist (complex de inferioritate). Ca urmare, timidul tace, ceea ce nu este altceva decît instalarea conduitei specifice de evitare sau de fugă.

Pentru discuţiile banale, timidul este pus în situaţia de a răspunde zilnic aparent la cea mai banală dintre întrebări: ce mai faci? Dar i se cere să răspundă cît mai detaliat, cît mai expresiv, cu multe cuvinte şi gesturi. Evaluarea se realizează prin cronometrarea şi aprecierea răspunsurilor cele mai lungi. Pentru discuţiile mai sofisticate i se recomandă preocuparea pentru o cît mai bună informare în cît mai multe domenii. Acestă informare îi va provoca starea de securitate care este vitală pentru timid.

Se dau exerciţii de conversaţie pentru acasă: cu o persoană de acelaşi sex şi vîrstă, cu o persoană de sex opus şi aceeaşi vîrstă, cu o persoană de acelaşi sex şi de vîrstă diferită, cu o persoană de sex opus şi de vîrstă diferită, cu o persoană ce reprezintă o autoritate, cu un grup mic, cu un grup mare.

Exemple: drumul către casă (cămin) cu un coleg, colegă; discuţia cu mama sau tatăl unei colege (coleg); discuţia cu un profesor pentru o notă; discuţia cu o vînzătoare, ţigancă, poliţist, meşter, muzician; discuţia cu un grup de prieteni, după vizionarea unui film; exerciţiul de a face un anunţ important în grup (clasă, an); conferinţă pe o temă dată sau la alegere.

A şaptea zi. Pentru exerciţiile de ceartă, i se cere timidului să realizeze o listă cu injuriile care i-au fost adresate de-a lungul timpului şi o listă alăturată cu argumentele

împotriva acestora, cu răspunsurile care nu au fost date niciodată, dar care puteau fi date. Listele cu injurii se schimbă între subiecţi, se recreează şi se pun în scenă situaţiile respective, iar actorii joacă pe rînd rolul de victimă şi agresor. Astfel, se ating două obiective psihoterapeutice: pe de o parte, se contracarează injuriile reale, primite de timid în timp, se încheie gestalturile neterminate (răspunsurile care nu au fost date şi care funcţionau ca şi conflicte inconştiente), pe de altă parte, se exersează exteriorizarea, confruntarea, dominarea partenerului, care eliberează energia terapeutică în prezent.

A opta zi. Pentru a completa exerciţiul cu injuriile se face exerciţiul cu complimentele, prin care se cere subiecţilor să alcătuiască liste cu complimentele care li s-au adresat pînă în prezent şi liste cu complimente pentru colegii de grup (pe baza portretului lor ideal).

Şi acest exerciţiu vizează imaginea de sine negativă a timidului şi aspiraţia psihoterapeutică de pozitivare a ei. Dacă se pun faţă în faţă injuriile şi complimentele, se poate observa tendinţa timidului de a scoate în evidenţă injuriile (autoagresivitate) şi de a ascunde sau a reduce complimentele (complex de inferioritate). Conştientizînd această tendinţă, timidul va fi învăţat să pună accentul pe complimente; mai mult, se dau exerciţii pentru acasă de transformare a injuriilor posibile în complimente.

A noua zi. Lista situaţiilor şi persoanelor intimidante. Psihanaliza va descoperi de ce aceste situaţii şi persoane sînt intimidante, iar psihodrama şi sociodrama vor asigura retrăirea pozitivă a acestor evenimente, reinvestirea persoanelor intimidante cu valoarea neutralităţii. De exemplu A.B., 15 ani, elevă, a pus în scenă situţia cumpărării unor articole

intime dintr-un magazin. Unul dintre colegi a jucat rolul vînzătorului, iar apoi au inversat rolurile. T.S., 15 ani, elevă a jucat scena cu regizorul de la Timişoara. H.C., 15 ani, a interpretat scena cu vizita pe care directorul tatălui ei, împreună cu fiul lui, au făcut-o la ea acasă.

În funcţie de dificultatea scenelor şi numărul membrilor grupului, psihoterapia are o durată diferită. Lista situaţiilor şi persoanelor intimidante este contracarată de lista succeselor şi a răspunsurilor de succes.

A zecea zi. Se cere subiecţilor să alcătuiască lista succeselor obţinute pînă în prezent şi să descopere prin discuţia în grup mecanismele acestor succese, care vor constitui modele pentru succesele viitoare. De asemena, se notează toate succesele obţinute şi punerea în aplicare a exerciţiilor pentru acasă.

A unsprezecea zi. Se foloseşte a doua casetă Screm cu exerciţii de autosugestie, elaborate special pentru timiditate. Se dezbat noţiunile de spaţiu natural, loc de concentrare, consilier mintal pentru a educa simţul vizualizării şi forţa autocomenzii.

A douăsprezecea zi. Strîngerea de mînă. Este un exerciţiu psihoterapeutic de contact, care face parte în acelaşi timp din strategia emoţională şi din cea comportamentală. Se cere subiecţilor să-şi imagineze că intră într-o încăpere: trebuie să bată la uşă, să intre, să spună „Bună ziua!", să se prezinte şi să strîngă mîna fiecăruia din cei prezenţi. Se evaluează forţa bătăii la uşă, apăsarea paşilor, siguranţa vocii, firescul strîngerii de mînă. Fiecare subiect va juca rol de actor şi observator, acordînd o notă pentru

exerciţiile colegilor săi. Este un exerciţiu dificil, care va fi urmat de unul şi mai dificil, contactul facial şi sărutul.

A treisprezecea zi. Se creează o situaţie psihodramatică, în care se imaginează sărbătorirea zilei de naştere a subiecţilor din grup. Fiecare subiect trebuie să treacă pe la sărbătorit, să-l felicite pentru ziua lui şi să-l sărute pe ambii obraji. La acest exerciţiu de contact emoţional şi comportamental se manifestă de obicei rezistenţe, care vor fi cu atît mai eficiente din punct de vedere psihoterapeutic cu cît se vor manifesta şi vor fi depăşite mai repede. Nedepăşirea lor poate conduce la ineficienţă psihoterapeutică sau chiar la întreruperea programului psihoterapeutic (cazul elevei A.B., care a întrerupt pentru moment psihoterapia în urma acestui exerciţiu).

A paisprezecea zi. Negaţia. Timidul nu poate să spună nu, neavînd curaj să se opună şi deci să se impună (conduită de dominare).

Bulwer-Lytton (1863) consideră că moartea lui Hercule s-a datorat timidităţii acestuia, făcînd apel la un eseu al lui Plutarh care se referă la deficitul numit **dusopia** sau dificultatea de a spune nu. A spune nu este perceput de timid ca o formă de violenţă verbală incipientă, un prim pas către heteroagresivitate. Iar timidul preferă autoagresivitatea, autopedepsirea, care îi satisfac necesitatea de autocompătimire şi îi reduc riscul de a ieşi în arenă şi a fi atacat. Pentru a nu fi atacat se atacă singur. Agresivitatea poate fi în mod paradoxal o formă de autoprotecţie. De exemplu, T.S., 15 ani, elevă: „Mi-e teamă că mi-o vor spune cei din jur, dar pentru a nu-mi face un dublu proces de conştiinţă mă autopedepsesc cu mult înainte".

Ca urmare, se recomandă cît mai multe exerciţii „de ieşire în arenă", heteroagresive, care măresc cota de risc personal şi de acceptare a acestuia. Perturbarea conduitei de opoziţie (dificultatea de a spune nu) este semnificativ corelată cu perturbarea conduitei de supunere (dificultatea de a mulţumi). Explicaţia acestui aparent paradox constă în faptul că ambele conduite se subordonează conduitei de contact social. Atît negaţia, cît şi mulţumirea pun la încercare conduita de contact social, care la timid este grav afectată. Se dau exerciţii pentru acasă, timidului cerîndu-i-se să facă o listă cu cît mai multe situaţii şi persoane cărora li s-a opus (le-a spus nu) sau cărora le-a mulţumit în mod adecvat.

A cinsprezecea zi. Artterapia. În general timizii fiind hipersensibili, am constatat că sînt şi dotaţi pentru unul sau altul dintre domeniile artei: poezie, muzică, teatru, desen. Fiecărui membru al grupului i se cere să se pregătească şi să susţină în faţa celorlalţi un mic recital care este apreciat şi stimulat de grup. Paralel, subiecţii pot fi îndrumaţi să se înscrie la cursuri de muzică, dans şi teatru.

A şaisprezecea zi. Colaborarea. Timizii nu şi-au dezvoltat conduita de colaborare. Ei consideră că sînt atît de deosebiţi, chiar străini de ceilalţi, încît nu au nimic în comun cu ei. De exemplu, S.T.: „Totdeauna am avut impresia că sînt altfel decît ceilalţi".

Se conştientizează prin metode psihanalitice conduita falsă de diferenţiere, apoi se stimulează prin sugestie şi autosugestie conduita de asemănare. Se pot organiza exerciţii diferite în funcţie de vîrstă: jocul de puzzle, o temă pentru dezbaterea la care fiecare membru al grupului trebuie să contribuie cu ceva. De altfel, motoul lucrului în grup:

„Ajută-te pe tine ajutîndu-i pe alţii" este un laitmotiv de colaborare.

A şaptesprezecea zi. Modelul şi rolul asumat. Din autoportretul schiţat la începutul psihoterapiei s-a conturat deja imaginea de sine ideală, pe care fiecare membru al grupului a prezentat-o celorlalţi. Acum se descoperă prin discuţie un model, un personaj real sau imaginar care să "încarneze" această imagine şi se ia decizia ca fiecare să se apropie cît mai mult de acest model, pentru a-şi asuma rolul respectiv. Redecizia şi asumarea rolului mobilizează psihicul pentru transformarea imaginii ideale în imagine reală.

A optsprezecea zi. Interviul. A fi în centrul atenţiei, atît în rolul de reporter, cît şi de intervievat, este conduita care poate fi reinvestită pozitiv prin jocul de-a interviul. Această conduită este la timid valorizată negativ, determinînd de cele mai multe ori conduita de evitare şi fugă. Se cere fiecărui membru al grupului să fie, pe rînd, reporter şi intervievat. Interviul este înregistrat. Tema poate fi la alegere. Interesantă s-a dovedit în cursul experimentului însăşi tema timidităţii. În acest fel se conştientizează încă o dată cauzele, mecanismele, soluţiile timidităţii şi se iese în arena socială. Ceilalţi membri ai grupului joacă rol de observatori activi şi pun note atît reporterului, cît şi intervievatului.

A nouăsprezecea zi. Discursul. Urmăreşte să se coreleze expectanţa timidului cu cea a publicului. Se învaţă regulile unui discurs: logice, estetice, retorice, de limbaj verbal şi nonverbal, evaluîndu-se arta de a convinge. Observatorii activi dau note. Tema discursului este la alegere. De exemplu, terapia educaţională a timidităţii în familie, şcoală, societate.

A douăzecea zi. Autoevaluarea şi interevaluarea. Evaluarea poate fi considerată la timid o conduită de alarmă atît atunci cînd se apreciază, cît şi atunci cînd este apreciat. Preocuparea excesivă a timidului pentru feedback-ul social, pentru evaluarea socială poate fi reorientată. Astfel, rolul pasiv de spectator, de persoană care aşteaptă să fie apreciată se poate transforma în rol activ, de actor, de persoană care apreciază. Conduita autocentrică devine alocentrică. Se cere timidului să facă exerciţii pe stradă de fixare a privirii asupra oamenilor, pentru a putea observa şi a nu se lăsa observat; acasă, să se antreneze în familie, printre prieteni, la şcoală printre colegi, observîndu-i pe ceilalţi şi exteriorizîndu-şi aprecierile. În grupul psihoterapeutic fiecare membru acordă o notă pentru evoluţia colegilor săi.

A douăzecişiuna zi. Petrecerea. În funcţie de condiţiile concrete, fiecare membru al grupului trebuie să organizeze o petrecere la care să fie invitaţi colegii săi din celelalte grupuri. Se consideră petrecerea ca fiind o formă sintetică de evaluare şi interevaluare a tuturor conduitelor nou formate: anticipaţia pozitivă, limbajul corpului, conversaţia, negaţia, dansul, succesul (examenul sub forma unei petreceri va dura atîtea zile cîţi membri are grupul).

Bibliografie:

1. Antebi Ph. (1990), **Shyness, sociability and psychosocial development,** California school of professional psychology, San Diego, dissertation abstract.

2. Belles D. (1987), **Effects of cure - controled relaxation and the control of heterosocial performance anxiety among shy males,** în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1, p. 133-151.

3. Biemer D. (1984), **Shyness control. A systematic approach to social anxiety management at children,** în *Psychological Abstract,* vol. 71, nr. 7.

4. Brodt S. (1981), **Modifying shyness - related social behaviour trough symptom missatribution,** în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41, p. 437-449.

5. Cappe R. (1986), **Comparison of treatment strategies for clients functionally inpaired by extreme shyness and social avoidance,** în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54, p. 796-801.

6. Chartier J., **La timidité guérie en trois semaines**, Ed. Dangles, Paris.

7. De Stefano (1977), **Teachers view treatability of children school adjustment problems**, în *Journal of Special Education*, vol. 11, p. 275-288.

8. Donahue P. (1989), **Helping adolescents with shyness; applying the Japanes Morita therapy in shyness counselling**, în

International Journal for the Advancement of Counselling, vol. 12, p. 323-332.

9. Eastburg M. (1990), **Shyness and perceptions of parental behaviour**, în *Psychological Reports*, vol. 66, p. 915-921.

10. Gersbacher U. (1992), **Führen durch Körpersprache. Autorität und Kompetenz ausstrahlen. Manipulation und Einschüchterung**, Die Signale der Gowinner, Wilhelm Heyme Verlag, München.

11. Glass C. (1988), **Common and specific factors in clients description and explanation for change,** în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 77, p. 427-440.

12. Harwas N. (1986), **Educational therapy of shyness: assumation and techniques**, în *Psychology*, vol. 29, p. 434-445.

13. Hobbs T. (1976), **Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program**, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.

14. Ishiyama F. (1987), **Use of Morita therapy in shyness counselling in the West: promoting clients self-acceptance and action toking,** în *Journal Counselling and Development*, vol. 65, p. 551-574.

15. Jagot P. (1990), **La timidité vaincue**, Ed. Dangles, Paris.

16. Johnson J. (1991), **Attribution of shy persons in affiliation and achievement situations**, în *Journal of Psychology*, vol. 125, p. 51-58.

17. Kelly L. (1990), **Rhetoritherapy revisited**, în *Communications education*, vol. 39, p. 207-226.

18. Kemple K. (1990), **Family antecedents and corelatis of early shyness: attachement and parent-child interaction**, dissertation abstract.

19. Lazarus Ph. (1978), **An experimental treatment on the amelioration of shyness in children**, dissertation abstract, vol. 38, p. 621-622

20. Little M. (1991), **Des états-limites. L'alliance thérapeutique,** în *La psychanalyse*, Des Femmes, Antoinette Fouque.

21. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozive counselling and conditionning approaches,** în *A.E.P. Journal*, vol. 6, p. 64-69.

22. Maroldo G. (1987), **Shy family members and intervention procedures**, în *Journal of Social Behaviour and personality*, vol. 2, p. 459-503.

23. Mc Clure W. (1978), **Effectively counselling the minority client**, în *Journal of Employement Counselling*, vol. 15, p. 150-503.

24. Mc Glynn F. (1981), **Effects of cure - controlled relaxation, a credible placebo treatment on shyness among college males,** în *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 12, p. 299-306.

25. Mc Kain Th. (1988), **Personal constructs and shyness: The relationship between rep grid data and therapy outcome**, în *International Journal of Personal Construct Psychology*, vol. 1, p. 151-157.

26. Mc Murdock L. (1986), **Validation of the „Mc Murdock multidimensional shyness index"**, dissertation abstract.

27. Megglé D. (1990), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

28. Melchior L. (1990), **Sampling the three components of shyness Syndrome Inventory,**

29. Miner E. (1988), **The adaptive role of shyness: an application of gestalt theory. Pacific gradus to school of psychology,** dissertation abstract.

30. Mosher D. (1981), **On differentiating shame and shyness**, Connecticut Univ., Motivations and Emotions, vol. 5, p. 61-64.

31. Mosh Ph. (1985), **The influence of communication and shyness in the hospital course of psychiatric patients**, dissertation abstract.

32. Phillips S. (1988), **Shyness as disfunction in career development,** în *Journal of Counselling Psychology*, vol. 35, p. 159-165.

33. Reich W. (1992), **L'analyse caractérielle**, Science de l'homme, Payot, Paris.

34. Saint-Laurent R. (1968), **La timidité. Encyclopedie de sciences humaines et de psychologie pratique**, Aubanel.

35. Seidman R. (1989), **Shyness: an investigation of a dynamic process**, dissertation abstract.

36. Stott S. (1984), **Surmonting shyness: Cognitive, behavioral treatment of junior high students**, dissertation abstract.

37. Sugawara K. (1986), **Motivation for acquiring praise and motivation for avoiding rejection**, în *Japanese Journal of Psychology*, vol. 57, p. 134-140.

38. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, Inter Edition, Paris.

39. Zimbardo P. (1982), **Shyness and Stress of the human connection**, în Handbook of Stress: theoretical and clinical aspects, New York, Free Press, p. 466-481.

40. Zimbardo P. (1986), **The Stanford Shyness project. Shyness**, Plenum Publishing Corporation.

41. Zimbardo P. (1985), **Can shyness affects your health?,** Healthline, S.F. State University, vol. 4, p. 12-13.

42. Zimbardo P. (1987), **How to help shy child?,** în Teachers Strategies, P.A. Springhouse Publishing.

43. Zimbardo P. (1983), **Overcoming Shyness,** în *Medical aspects of human sexuality*, vol. 17, p. 20-36.

44. Zimbardo P. (1985), **Actor-Observer differences in the perceived stability of shyness,** în *Social Cognition*, vol. 3, p. 230-265.

Capitolul VIII

Evaluarea cercetării

Semnificaţia diferenţei între mediile variabilelor E, I, T, la grupele experimentale şi de control, înainte şi după terapie şi interpretarea ei psihologică

În urma programului psihoterapeutic variabilele E, I, T suferă modificări pozitive. Astfel, la grupul experimental nr. 1, emotivitatea (E) scade la $t = 3,91$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$. Introversia (I) scade cu $t = 3,84$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$, iar T scade cu $t = 4,82$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$. Aceste rezultate se explică prin structura grupului experimental: numerică (8 membri), pe sexe (4 băieţi şi 4 fete), pe vîrste (17-20 ani), prin climatul şi coeziunea de grup relativ omogen, deşi terapia s-a conturat treptat, pe măsura desfăşurării procesului terapeutic.

La grupul de control nr. 1 emotivitatea creşte cu $t = 10,18$, semnificativ din punct de vedere statistic cu $p < 0,001$, introversia creşte cu $t = 6,18$, semnificativ din punct de vedere statistic la $p < 0,001$, iar autopercepţia timidităţii creşte cu $t = 4,33$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$.

Aceste rezultate interesante din punct de vedere psihologic, de creştere a timidităţii în lipsa procesului terapeutic, se explică atît prin criteriul vîrstei - adolescenţa fiind

prin excelenţă vîrsta timidităţii, subliniind mai ales importanţa aplicării programului psihoterapeutic în momentul crizei. Faptul că timiditatea nu rămîne constantă la grupul de control, ci se accentuează în lipsa terapiei, întăreşte ipoteza necesităţii şi eficienţei terapiei timidităţii. Condiţia absenţei terapiei este chiar mai semnificativă din punct de vedere psihologic decît condiţia prezenţei ei.

La grupul experimental nr. 2 emotivitatea scade cu t = 1, 63, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade la t = 3,49, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,01. Aceste rezultate se explică prin faptul că grupul psihoterapeutic este mai restrîns, numai de 4 membri, un băiat şi 3 fete, colegi de liceu, iar climatul permisiv întîmpină dificultăţi datorită unui relativ dezechilibru structural. Deci modificările emotivităţii şi introversiei sînt pozitive, dar nesemnificative din punct de vedere statistic, ele influenţează totuşi autopercepţia timidităţii, care scade semnificativ din punct de vedere statistic.

La grupul de control nr. 2 emotivitatea creşte cu t = 2,45, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea creşte la t = 2,33, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic. În lipsa terapiei la acest grup de control, cu o structură asemănătoare cu grupul de control nr. 1, rezultatele sînt asemănătoare, adică toate variabilele E, I, T înregistrează creşteri, confirmînd necesitatea programului psihoterapeutic, deşi sînt nesemnificative din punct de vedere statistic.

La grupul experimental nr. 3 emotivitatea scade cu t = 3,46, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,01, introversia scade la t = 4,28, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,01, iar timiditatea scade la t = 4,62, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,01.

Începînd cu acest grup, rezultatele psihoterapiei sînt mai eficiente atît din punct de vedere psihologic, cît şi statistic. Aceasta se explică datorită perfecţionării programului psihoterapeutic, cît şi influenţei grupurilor anterioare.

La grupul de control nr. 3 emotivitatea creşte cu t = 7,36, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,001, introversia creşte la t = 2,37, nesemnificativ din punct de vedere statistic.

Aceste creşteri, atît semnificative cît şi nesemnificative din punct de vedere statistic, confimă rezultatele obţinute de grupul experimental şi întăresc ipotezele experimentului.

La grupul experimental nr. 4 emotivitatea scade cu t = 2,5, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade cu t = 15,38, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,001, iar timiditatea scade la t = 4,08, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,01.

Exerciţiile de extraversie care au predominat în această fază a programului psihoterapeutic explică o scădere atît de puternică a introversiei şi, ca urmare, scăderea semnificativă a timidităţii.

La grupul de control nr. 4 emotivitatea creşte la t = 1,15, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia creşte la t = 1,41, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea creşte la t = 1,61, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic. Şi aceste rezultate, deşi nesemnificative, întăresc ipoteza eficienţei programului psihoterapeutic.

La grupul experimental nr. 5 emotivitatea scade la t = 2,38, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia scade la t = 1,66, nesemnificativ din punct de vedere statistic, iar timiditatea scade la t = 5,24, semnificativ din punct de vedere statistic la un p < 0,005.

Deşi emotivitatea şi introversia se modifică nesemnificativ din punct de vedere statistic, timiditatea înregistrează o scădere puternică, semnificativă ca urmare a perfecţionării programului psihoterapeutic şi a creşterii receptivităţii subiecţilor faţă de acesta.

La grupul de control nr. 5 emotivitatea creşte la t = 2,27, nesemnificativ din punct de vedere statistic, introversia rămîne constantă, iar timiditatea creşte la t = 2,33, de asemenea nesemnificativ din punct de vedere statistic.

În concluzie, la grupele experimentale rezultatele postterapeutice înregistrează scăderea timidităţii (T) măsurată prin autopercepţia ei atît semnificativ, cît şi nesemnificativ din punct de vedere statistic, confirmînd ipoteza principală. De asemenea, scăderea emotivităţii şi creşterea extraversiei confirmă ipoteza structurală a experimentului, potrivit căreia în structura timidităţii sînt coprezente cele două variabile (E, I). Deşi constituţionale, aceste variabile E, I scad deoarece nu se măsoară valoarea lor absolută, ci autopercepţia lor. În urma programului psihoterapeutic complex, dar şi a influenţei intragrupale şi intergrupale, E, I se modifică pozitiv datorită tendinţei subiecţilor de a se conforma expectanţelor psihoterapeutice.

La grupele de control, rezultatele înregistrează creşterea timidităţii (T) şi a elementelor sale structurale (E, I) în lipsa terapiei, ceea ce întăreşte ambele ipoteze.

Grupul experimental nr. 1

	x	y	d	d^2
1	8	6	2	4
2	9	6	3	9
3	7	5	2	4
4	7	5	2	4
5	6	3	3	9
6	7	4	3	9
7	5	3	2	4
8	8	5	3	9
N=8			$\Sigma d=20(T)$	$\Sigma d^2=52$

x = autopercepţia timidităţii (A) înainte de terapie
y = autopercepţia timidităţii (A) după terapie
d = diferenţa între x şi y
d^2 = pătratul diferenţei

$$|t| = \frac{\overline{m}d}{\frac{\overline{\sigma}d}{\sqrt{N}}};\ \overline{m}d = \frac{T}{N};\ \sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma d = \sqrt{\sigma d^2};\ \overline{m}d = \frac{T}{N} = 2,5;$$

$$\sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 0,28;\ \sigma d = 0,52;\ |t| = 13,32$$

Timiditatea, măsurată prin autopercepţia ei, scade la un t = 13,32, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,001$.

Grupul experimental nr. 2

	x	y	d	d^2
1	8	3	5	25
2	7	5	2	4
3	7	4	3	9
4	6	2	4	16
N=4			Σd=14(T)	Σd^2=54

$$|t| = \frac{\overline{m}d}{\frac{\overline{\sigma}d}{\sqrt{N}}};\ \overline{m}d = \frac{T}{N};\ \sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma d = \sqrt{\sigma d^2};\ \overline{m}d = \frac{T}{N} = 3,5;$$

$$\sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 1,66;\ \sigma d = 1,29;\ |t| = 5,46$$

Timiditatea, măsurată prin autopercepția ei, scade la $t = 5,46$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,005$.

Grupul experimental nr. 5

	x	y	d	d^2
1	9	3	6	36
2	8	4	4	16
3	9	5	4	16
4	5	3	2	4
N= 4			Σd=16(T)	Σd^2=72

$$|t| = \frac{\overline{m}d}{\frac{\overline{\sigma}d}{\sqrt{N}}};\ \overline{m}d = \frac{T}{N};\ \sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1};$$

$$\sigma d = \sqrt{\sigma d^2};\ \overline{m}d = \frac{T}{N} = 4;$$

$$\sigma d^2 = \frac{\sum d^2 - \frac{T^2}{N}}{N-1} = 2,66;\ \sigma d = 1,63;\ |t| = 3,28$$

A scade la $t = 3,28$, semnificativ din punct de vedere statistic la un $p < 0,01$.

Semnificaţia diferenţei între mediile variabilei autopercepţia timidităţii (A), măsurată pe baza scalei autopercepţiei la grupele experimentale înainte şi după terapie

Scala autopercepţiei timidităţii (A) măsoară, pe un traseu crescător de la 1 la 10, autopercepţia timidităţii. Subiecţii sînt întrebaţi unde consideră că se situează pe această scală, înainte şi după terapie. Notele sînt asemănătoare notelor şcolare, 1 fiind considerată cota minimă de timiditate, iar 10 cota maximă. Înainte de începerea terapiei majoritatea subiecţilor consideră că se situează la cote sub 5, iar după terapie la cote peste 5.

Rezultatele obţinute din punct de vedere statistic favorizează grupele mai mari (8 membri) în relaţie cu cele mai mici (4 membri). Numărul propriu-zis al membrilor unui grup constribuie la dezvoltarea acelor fenomene de grup ce favorizează depăşirea timidităţii.

Există două tipuri de influenţe ale factorilor intragrupali şi intergrupali. În cadrul unui grup, subiecţii observă progresele făcute de ceilalţi membri, ceea ce se constituie într-un stimul intern de autodepăşire.

De asemenea, treptat, pe măsură ce programul psihoterapeutic evoluează, se instituie un fenomen de concurenţă benefică intergrupală.

Psihoterapeutul stimulează emergenţa influenţelor intragrupale şi intergrupale pozitive. Autopercepţia timidităţii este influenţată şi de tendinţa subiecţilor de a se conforma aşteptărilor psihoterapeutului şi confirmă previziunile acestuia.

Semnificaţia corelaţiei între variabilele emotivitate (E), introversie (I), autopercepţia timidităţii (A), interpercepţia timidităţii (Z), implicate în experimentul terapeutic

Corelaţia Bravais-Pearson s-a dovedit a fi semnificativă din punct de vedere statistic între variabilele introversie (I) şi interpercepţia timidităţii (Z), la un p = 0,005. Deci, introvertitul este perceput ca timid în grupul social. Această corelaţie întăreşte ipoteza nr. 1, potrivit căreia în structura timidităţii, introversia este elementul nodal (prelucrarea datelor s-a făcut pe calculator).

Celelalte variabile E,T,Z nu corelează în mod semnificativ din punct de vedere statistic. De asemenea, corelaţia rangurilor între variabila introversie (I) şi autopercepţia timidităţii (T) este semnificativă din punct de vedere statistic.

Astfel:

		I	Ri	T	Rt	Ri	Rt	d	d^2
1	P.L.	16	6	32	10,5	6	10,5	4,5	20,25
2	B.A.	19	12	29	13,5	12	13,5	1,5	2,25
3	V.D.	11	3	47	1,5	3	1,5	1,5	2,25
4	B.A.	8	2	45	4	2	4	2	4
5	H.R.	19	12	46	3	12	3	9	36
6	M.F.	12	4,5	39	7	4,5	7	2,5	6,25
7	H.N.	18	9	32	10,5	9	10,5	1,5	2,25
8	B.A.	18	9	41	5,5	9	5,5	3,5	12,25
9	M.C.	18	9	41	5,5	9	5,5	3,5	12,25
10	M.L.	24	13	29	13,5	13	13,5	0,5	0,25
11	B.S.	17	7	47	1,5	7	1,5	5,5	30,25
12	D.A.	7	1	37	8	1	8	7	49
13	A.D.	12	4,5	35	9	4,5	9	4,5	20,25
14	A.O.	19	12	30	12	12	12	0	0

I - introversie; Ri - rangul I; T - autopercepţia timidităţii; Rt - rangul T; d - diferenţa de rang; d^2 - pătratul diferenţei.

$$\rho = 1 - \frac{6x\Sigma d^2}{N(N^2-1)} = 1 - \frac{6x197,5}{14(14^2-1)} = 1 - \frac{1185}{2730} = 1 - 0,43 = 0,57,$$

semnificativ din punct de vedere statistic la un $p = 0,02$.

În timiditate s-ar putea pune întrebarea dacă terapia individuală nu este mai eficientă decît cea de grup, deoarece timizii se tem în mod funciar de grup. Tocmai de aceea am considerat că deşi este o formă mai dificilă de terapie, cea de grup este mai eficientă decît cea individuală. În cazurile grave s-a procedat la terapia individuală, iar după ce subiecţii au cîştigat suportul afectiv necesar pentru a se angaja în travaliul comun s-a aplicat terapia de grup. De asemenea, s-ar putea crede că grupele omogene sînt mai eficiente deoarece terapia însăşi poate fi mai consecventă. Experimentul terapeutic a dovedit însă eficienţa mai mare a grupelor neomogene deoarece în relaţie cu forţele psihoterapeutice au intrat şi influenţele psihosociale ale grupului însuşi.

O altă prejudecată a fost înlăturată prin intermediul psihoterapiei comunicaţionale, şi anume cea potrivit căreia grupele mai mici, de 4-5 membri, ar fi mai eficiente decît cele mijlocii, de 8-9 membri. Grupele medii ca mărime şi neomogene s-au dovedit a fi mai eficiente decît cele mici, neomogene.

Variabilele emotivitate (E), introversie (I), deşi constituţionale, au suferit transformări pozitive nu datorită unor

influenţe ale terapiei asupra eredităţii, ci datorită elementelor de autopercepţie din structura testelor de emotivitate şi intro-extraversie. Un argument în plus al necesităţii terapiei, chiar obligatorie în cazurile grave de timiditate autentică, este faptul că atît variabilele ereditare - emotivitatea şi introversia - cît şi autopercepţia timidităţii cresc în absenţa terapiei la grupele de control.

Faptul că unele grupe sînt supuse experimentului, iar altele nu - cele de control -, determină o anumită condiţie de inferioritate, care se manifestă prin creşterea cotelor la toate variabilele: E, I, T.

Bibliografie

1. Radu I. şi colab. (1993), **Metodologie psihologică şi analiza datelor**, Editura Sincron, Cluj-Napoca.

2. Smith Milton G. (1971), **Ghid simplificat de statistică pentru psihologie şi pedagogie**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

3. Novak A. (1977), **Metode statistice în pedagogie şi psihologie**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

Studii de caz

T.M.: timiditate autentică, volitivă, transparentă

S-a născut la 3 aprilie 1972, în localitatea D, judeţul S. Părinţii sînt tehnicieni radio-difuziune la B, profesie care a avut o influenţă pozitivă asupra orientării fiului lor spre Facultatea de Electronică, dar şi a sorei lui mai mici, N., spre Liceul de informatică. De altfel, atmosfera din familie este percepută de subiect nu numai ca influentă, ci şi ca autoritară, chiar constrîngătoare pînă în anul II de facultate. Este primul născut, acest rang în structura grupului familial fiind de asemenea semnificativ pentru timizi. În ascendenţa familială are o bunică ce a stat internată în spital ultimii ani de viaţă, cu diagnosticul de melancolie. Această informaţie este semnalul de alarmă pentru o posibilă evoluţie marcată de dificultăţi de adaptare socială pentru subiect.

Subiectul declară că, fiind cel mai mare, simte o responsabilitate crescută faţă de problemele esenţiale, cu atît mai mult cu cît ceilalţi - părinţii, profesorii, colegii - cer acest lucru de la el.

Rezultatele şcolare obţinute pînă în clasa a XI-a sînt foarte bune (premiul I-II), ceea ce atestă una dintre caracteristicile timizilor, şi anume orientarea spre perfecţionism. Acesta este întreţinut şi chiar propulsat de climatul de hiperexigenţă din familie şi de mediul şcolar concurenţial.

În urma testării psihologice preterapeutice obţine următoarele rezultate: emotivitatea (E)=62, introversia (I)=12,

timiditate - testul Zimbardo - (T)=47, rangul I la testul Zapan. Deci este un timid autentic, constituțional autopercepuț și interperceput ca timid.

În schimb, în discuția pentru alcătuirea fișei personale, subiectul are tendința de a deplasa accentul de pe elementele de structură constituțională spre cele de mediu familial și social. Această tendință a fost valorificată intens în strategia terapeutică, în sensul creșterii încrederii în posibilitățile proprii de a modela mediul social.

Jurnalul intim, conversația cu sine, convorbirea cu psihoterapeutul, care a pregătit terapia propriu-zisă, au scos în evidență următoarele manifestări:

- **Conduita de evitare**: preferă să ocolească situațiile sociale, să evite anturajul, să facă totul singur. Aceasta din urmă este una dintre cele mai periculoase manifestări, care poate conduce la izolare totală.
- **Conduita de autoagresivitate**: neîncrederea în sine, chiar plăcerea de a spune că el nu este în stare de nimic, nu se va căsători niciodată, nu va reuși să depășească starea în care este.
- **Supraestimarea** celor dintr-un grup mai mare. Acest lucru este subliniat și prin metoda **situațiilor și persoanelor intimidante**, și anume toate situațiile care cer spontaneitate și voie bună și toate persoanele care dagajă o bună dispoziție și vervă continuă.
- **Conduita meditativă**. În situațiile sociale create subiectul are numeroase momente de așa-zisă „cădere pe gînduri", dincolo de care se poate observa un gol afectiv deosebit; în cazul în care este întrebat la ce se gîndește, repetă propoziția: „Nu mă gîndesc la nimic, nu simt nimic" sau începe să vorbească dezlînat, cu o ușoară tendință de fugă de idei.

Din aplicarea metodei **autoportretului real** reiese că numărul defectelor este perceput a fi mult mai mare decît al calităților proprii, iar principalul defect este considerat timiditatea.

Autoportretul ideal scoate în evidență aspirația fundamentală a subiectului de a nu mai fi timid.

Aceste informații sînt fundamentale pentru momentul de începere a terapiei, ca și pentru conturarea pîrghiei principale a acesteia.

Faptul că subiectul se află în faza în care principala problemă este timiditatea, iar principala sa aspirație nevoia de a o depăși, arată că el este pregătit pentru terapie și pentru obținerea succesului. Dominanta psihologică fiind creată în mod natural, psihoterapeutul nu trebuie decît să o valorifice în mod pozitiv. De altfel, în discuția referitoare la autopercepția soluțiilor, subiectul mărturisește că vrea să se corecteze și își propune să se mobilizeze pentru efort.

Etapa terapeutică

T.M. este subiectul care a urmat programul psihoterapeutic în mod regulat cu multă bunăvoință, în ciuda dificultăților reale legate de școală și cămin.

Grupul psihoterapeutic în care a fost introdus este alcătuit din 4 băieți, colegi la Facultatea de Electronică aplicată, și 4 fete în clasa a XI-a și a XII-a de la Liceul „Emil Racoviță".

Această structura pe vîrstă și sex a fost formată intenționat pentru a stimula stabilirea de relații permisive și a favoriza **principiul terapeutic al întîlnirii**. Perioada de formare a grupului a fost de 3 luni, iar perioada terapeutică propriu-zisă de încă trei luni.

Contractul psihoterapeutic a fost încheiat și respectat în mod satisfăcător. În faza psihanalitică a terapiei, su-

biectul întîmpină dificultăţi în **conştientizarea** clişeelor mintale şi comportamentale, a gestalturilor neterminate, care blochează comunicarea şi adaptarea. Iese în evidenţă o puternică tendinţă de autoagresivitate (Eu sînt de vină), care este clişeul cognitiv fundamental, dar care în acelaşi timp încorporează alte clişee minore, dar intercorelate.

Limbajul corpului are succes în ceea ce priveşte aspectele cantitative: subiectul înţelege şi se adaptează noilor cerinţe de vestimentaţie, cu scopul de a-şi forma o imagine fizică mai agreabilă. Aspectele calitative, de dinamică facială şi corporală sînt mai greu de realizat. Subiectul are un facies împietrit, o carcasă musculară încordată, o poziţie inertă, inhibată, necomunicativă.

Relaxarea are efecte mai ales în prezenţa psihoterapeutului, dar în grup este în continuare ultimul care vorbeşte sau se manifestă.

Exerciţiile de privire, strîngere de mînă, zîmbetul, bătaia în uşă, mersul sînt realizate de asemenea destul de încordat, neconvingător. Învaţă să intervină în discuţie, să-şi apere punctele de vedere, dar numai susţinut de psihoterapeut.

În plină terapie se conturează o interesantă pendulare între transferul pozitiv şi cel negativ. De la faza de dependenţă faţă de psihoterapeut trece în faza de agresivitate faţă de acesta. Este momentul în care se manifestă rezistenţa principală a subiectului. El identifică psihoterapeutul cu tatăl său care era foarte exigent, dar de care subiectul se simţea dependent nu numai material, ci şi afectiv. Neagă rolul psihoterapeutului cu o virulenţă puternică. Psihoterapeutul acceptă noul status acordat de subiect, de fapt detronarea sa, şi transferă forţele terapeutice asupra subiectului. El este făcut să înţeleagă că numai el deţine forţa de a se corecta şi are capacitatea de a lua singur decizia asupra vieţii sale.

Acestui moment i-a urmat o etapă de succese relative, de dezinhibare şi chiar extraversie, ajutate de exerciţiile de tip Agora (plimbare, film, petreceri). Este însoţit de colegi spre şcoală şi spre cămin, participă la numeroase petreceri, dar pentru început are tendinţa de a folosi alcoolul ca mijloc de dezinhibare.

Metoda negaţiei începe să fie aplicată cu succes. Ultimele exerciţii ale programului psihoterapeutic: interviul, discursul, modelul şi rolul asumat nu au putut fi realizate cu subiectul.

T.M. a solicitat o perioadă de psihoterapie individuală, care însă nu s-a materializat datorită condiţiilor administrative necorespunzătoare.

Concluzii

După şase luni de psihoterapie în grup, subiectul T.M., cu diagnosticul de timiditate autentică constituţională puternică, cu un accentuat complex de inferioritate intelectuală, caracterizat prin teama de evaluare şi respingere afectivă, dar nuclearizată volitiv, obţine următoarele rezultate: emotivitatea scade de la 62 la 50, extraversia creşte de 12 la 19, iar timiditatea evidenţiată prin testul Zimbardo scade de la 47 la 37. Scara autopercepţiei înregistrează o diferenţă minimă de 2 puncte (8-6), datorită dificultăţilor de conştientizare ale subiectului.

Din punct de vedere statistic, la nivelul grupului aceste rezultate nu sînt semnificative, ele sînt însă importante pentru studiul de caz. Subiectul a fost informat că a obţinut rezultate pozitive la testul postterapeutic şi s-a urmărit comportamentul său ulterior.

Din cele cîteva întîlniri postterapeutice rezultă că şi colegii săi de grup psihoterapeutic au observat schimbări pozitive în evoluţia subiectului. T.M. este în continuare în atenţia psihoterapeutului.

S.T.: timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, ascunsă, supracompensată

S-a născut pe 6 martie 1978 la I. Copilăria şi-a petrecut-o la bunicii din partea tatălui, care mai tîrziu i-au devenit părinţi adoptivi. În ordinea naşterii are rangul I, fiind urmată de alţi doi copii. Acest rang este semnificativ pentru copilul timid. Povestea vieţii ei este una dintre cele mai cutremurătoare. Mediul familial natural a fost marcat de neînţelegeri între părinţi, alcoolism din partea tatălui, agresivitate verbală şi fizică.

Relaţiile subiectului S.T cu părinţii erau de a menţine un echilibru relativ în familie: „datoria mea era de a le arăta amîndurora că îi iubesc în egală măsură şi că nu sînt părtinitoare".

Frica este sentimentul care a marcat prima copilărie a subiectului şi care s-a condiţionat în relaţiile cu oamenii. Însă evenimentul cel mai grav, cu adevărat tragic, s-a petrecut o dată cu accidentul sorei ei mai mici, M. Subiectul S.T. era în clasa I, venea de la şcoală, mama ei era acasă, iar sora mai mică a avut un accident mortal de maşină. S.T. a fost învinovăţită de mama ei pentru moartea sorei mai mici, fiind bătută pentru aceasta. Evenimentul tragic s-a petrecut în acelaşi an cu divorţul părinţilor.

Acest cuplu de evenimente negative a agravat fondul de emotivitate, de hipersensibilitate şi introversie nativă, conducînd la instalarea unei crize existenţiale grave, care ar fi putut evolua spre o formă sau alta de tulburare psihică.

Însă cursul evenimentelor negative continuă: este adoptată de bunici, se separă de mama agresivă (mama castratoare) şi de fratele ei mai mic.

Noua familie are o structură nefirească: doi bunici în vîrstă, în rol de părinţi, şi un tată alcoolic şomer, în rol de

frate. Bunica, deci mama adoptivă, decedează. Bunicul, tatăl adoptiv, suferă o operaţie gravă la picior.

Moartea bunicii are un efect frustrant, extrem de puternic, deoarece subiectul S.T. declară că acest lucru i s-a părut nereal şi de atunci o caută în fiecare zi.

Este al doilea moment cînd s-ar fi putut declanşa o tulburare psihică, dar care însă nu s-a produs.

Bunicul fiind internat la T., subiectul S.T. părăseşte oraşul I. şi se înscrie la şcoală în oraşul T. Acolo locuieşte de asemenea într-un mediu familial nefavorabil, la o soră a mamei ei, actriţă, necăsătorită şi cu anumite tulburări psihice.

În acest mediu întîlneşte o „persoană de prestigiu", cum o numeşte subiectul, şi cu care a intrat într-o relaţie specială, însă tot negativă: „M-am simţit urmărită din toate părţile, mi s-au făcut reproşuri că nu înţeleg viaţa, că sînt doar un biet copil. Mă simţeam constrînsă de parcă nu mai puteam face nici o mişcare". În urma unei noi frustrări afective se hotărăşte să se mute la I.

Stresul familial, cmplexul de vinovăţie legat de moartea sorei ei, divorţul părinţilor, inversarea rolului bunici-părinţi, adopţia, moartea bunicii-mamă, operaţia buniculuitată, alcoolismul tatălui-frate, relaţia cu mătuşa-soră şi cu „persoana de prestigiu" sînt elementele unui film existenţial predominant negativ, frustrant.

Situaţia şcolară este de excepţie, subiectul S.T. avînd un nivel intelectual deosebit, o perseverenţă şi conştiinciozitate deosebite (premiul I din clasa I pînă în clasa a IX-a). Dincolo de nivelul intelectual, situaţia şcolară dovedeşte tendinţa spre perfecţionism a timizilor.

Portretul real prezintă un dezechilibru puternic între percepţia calităţilor şi a defectelor, atît ca număr (4-10), cît şi din punct de vedere calitativ.

Interesant este faptul că anumite trăsături ca severitatea, singurătatea sînt percepute ca pozitive. Această introversie calitativă a contribuit la accentuarea timidității autentice a subiectului.

Printre defectele percepute, cele specifice timidității sînt semnificative: complex de inferioritate, nesiguranță, incertitudine, dorința de a fi înțeleasă.

Portretul real reflectă aspirațiile profunde ale unei timide autentice: „vreau să devin sigură pe tot ce realizez, mulțumită de mine, înțeleasă, iubită".

Lista persoanelor și situațiilor intimidante relevă o timiditate situațională afectivă în relația cu sexul opus, de natură cognitivă, în raporturile cu persoanele importante și manifestată prin teama de evaluare. Planul volitiv nu este afectat, mai mult este singurul care o sprijină în raport cu dificultățile existenței.

Programul psihanalitic descoperă clișeele mintale și comportamentale specifice subiectului: autoagresivitatea, hipermaturizarea, superexigența.

Conștientizarea autoagresivității se realizează relativ ușor, iar motivația pe care o percepe subiectul este specifică pentru timiditate.

„Autoagresivitatea pornește dintr-o plăcere pasională de a mă pedepsi. Consider că merit (supraexigența) și aceasta nu pentru că am săvîrșit un fapt urît, ci pentru că așa sînt eu. Mi-e teamă și prevăd că mi-o vor spune cei din jur, iar pentru a nu-mi face un dublu proces de conștiință, mă autopedepsesc cu mult înainte" (autopercepție negativă).

La testarea inițială obține E = 70; I = 12; T = 38, ceea ce relevă o timiditate autentică, gravă, puternică, endogen-exogenă, cognitiv-afectivă, supracompensată.

Contractul psihoterapeutic este încheiat și respectat în condiții pozitive, datorită nivelului intelectual superior și axului volitiv al personalității sale.

Avînd în vedere aceste caracteristici ale personalității sale, se elaborează o metodologie psihoterapeutică cognitiv-volitivă. Se mobilizează atît pentru efortul cognitiv, de înțelegere a propriei timidități, cît și pentru cel volitiv-comportamental, de depășire a blocajului interrelațional.

Transferul și contratransferul pozitiv determină valorificarea aspectelor pozitive ale personalității, în grupul psihoterapeutic cîștigă treptat rolul și statutul de lider și co-psihoterapeut (îi ajută pe ceilalți să se deschidă, să se exteriorizeze, să realizeze exercițiile cele mai grele, tip Agora) obținînd rezultate deosebite și în exercițiile de relaxare.

Limbajul corpului este metoda valorificată cu deosebit succes de către subiect.

Treptat, **lista injuriilor și a complimentelor** primite de subiect începe să fie percepută în favoarea complimentelor, se reface echilibrul calități-defecte.

Metode ca **retrăirea, redecizia mintală** conduc la reducerea gradului de suferință față de evenimentele negative trăite inițial, iar comportamental încheie toate gestalturile neterminate sau blocate de subiect.

Astfel, subiectul va realiza efectiv tot ceea ce nu putea realiza înainte de terapie: merge la mormîntul sorei ei, îi face o vizită mamei la S., vorbește cu tatăl alcoolic.

Metoda autogratificării se dovedește a fi extrem de eficientă în cazul lui S.T., în urma antrenamentului de autogratificare se mută accentul de pe hiperautoexigență (cruzimea față de ea însăși) pe mulțumire și răbdare față de propria persoană.

Exercițiile tip Agora sînt executate cu deosebit succes nu numai de către subiectul S.T., cît și de colegul de grup pe care ea îl ajută.

Automatismele legate de metoda limbajului corpului se formează rapid şi temeinic. Interviul, exerciţiu prefinal şi petrecerea, exerciţiu final de evaluare sînt realizate cu deosebit succes.

Concluzii

Rezultatele obţinute la posttest sînt următoarele: E = 70, I = 18, T = 30.

Emotivitatea rămîne neschimbată, creşte extraversia de la 12 la 18, timiditatea evidenţiată prin testul Zimbardo scade la 30, se modifică rangul Z (de la III la IV), subiectul nu mai este perceput ca timid în grupul şcolar din care face parte.

Pe scara autopercepţiei, se produce o deplasare de la 7 la 2 puncte, diferenţa fiind deosebit de semnificativă. Aceste rezultate se explică astfel:

- creşterea extraversiei se realizează în urma exerciţiilor de tip Agora, prin antrenarea limbajului corpului, încheierii gestalturilor neterminate.

- variabila T-Zimbardo endogen-exogenă se modifică în urma exerciţiilor de retrăire şi redecizie, ca şi a schimbării reale a situaţiei de viaţă.

- variabila endogenă E rămîne în mod surprinzător neschimbată, deşi subiectul nu pare emotiv, mai ales în comparaţie cu colegii din grup.

Aceasta se explică prin forma ascunsă de timiditate, prin voinţa bine dezvoltată care controlează emotivitatea. Însă aceasta există şi după terapie nu suferă modificări.

Subiectul S.T. constituie unul dintre cele mai mari reuşite ale programului de psihoterapie comunicaţională.

Timiditatea autentică, endogen-exogenă, supracompensată, cognitiv-afectivă a fost corectată printr-o metodologie predominant cognitivă, în strînsă corespondenţă cu cea relaţională.

L.A.: timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, transparentă, supracompensată

S-a născut la 7 august 1976 în I. Tatăl este tehnician proiectant în B., mama confecţioneră la I. Între părinţi există o diferenţă de vîrstă de 14 ani, ceea ce s-ar părea că nu are o influenţă negativă asupra armoniei familiale. Are o soră mai mare, studentă la Facultatea de Medicină Veterinară, şi un frate mai mic, de 13 ani, la şcoala generală.

Acest rang familial, favorabil în mod teoretic reducerii cotei de timiditate, a fost folosit ca o pîrghie a comunicării intrafamiliale, încît subiectul a reuşit în final să se impună în familie.

Rezultatele şcolare sînt bune şi foarte bune (premiul II, I), ceea ce întăreşte ipoteza că timidul este o personalitate concurenţială, orientată spre perfecţionism.

De altfel, ea declară că o caracterizează ambiţia, corectitudinea, sinceritatea, curiozitatea etc. Acest tip de personalitate a fost stimulat şi de mediul şcolar concurenţial de la Liceul „Emil Racoviţă". Are o gamă foarte largă şi diversă de interese: „să învăţ, să dansez, să cînt, să fac cadouri, să mă plimb, să fac croitorie, să ofer flori".

Este un temperament pasional, dinamic, care induce nevoia de a trăi intens, în contrast cu dificultatea de a o face.

La testarea iniţială preterapeutică obţine următoarele rezultate: E = 62, I = 47, Z = I.

Deci este o timidă autentică constituţională, se autopercepe şi este percepută ca timidă.

Are un puternic complex de inferioritate fizică (legat de greutate) şi psihică legat de un defect real şi grav de vorbire (bîlbîiala).

Este inteligentă şi în urma conversaţiei introductive conştientizează rapid una dintre cauzele majore al timidităţii

sale, autoagresivitatea: „Mă urăsc pentru neputința de a trece acest prag, de a-l depăși. Nu am fost bătută, dar biciul din interior mă șfichiuește mai tare".

Autoagresivitatea compensează o atitudine hipergîndditoare cu ceilalți: „sînt respectuoasă, conștiincioasă, harnică, sinceră, simt nevoia să îi ajut pe ceilalți". Acest dezechilibru între atitudinea față de sine și atitutdinea față de ceilalți va fi conștientizat în programul psihoterapeutic și va fi corectat.

Este adusă la psihoterapie de psihologul școlar într-un moment de criză existențială puternică, cînd se instalase refuzul de a mai învăța, o lipsă de motivație gravă, dificultăți de adaptare familială și socială.

Contractul cu psihoterapeutul este de la început favorabil. Între subiect și psihoterapeut s-a creat de la început un transfer pozitiv puternic, care a avut și momente mai dificile, dar care a fost predominant pozitiv și s-a menținut și după încheierea programului psihoterapeutic.

Contractul psihoterapeutic a fost respectat, cu o pendulare inițială între două atitudini opuse față de terapie: una conștientă (vreau să mă corectez) și una inconștientă (pentru că sînt grasă și mă bîlbîi nu merit să mă corectez, vreau să rămîn timidă, departe de oameni), deci între vreau să mă corectez și nu vreau să mă corectez.

Astfel, se instalează „cercul vicios" între atitudinile: sînt timidă pentru că mă bîlbîi și mă bîlbîi pentru că sînt timidă. Conștientizarea acestui cerc vicios s-a făcut psihanalitic. Clișeele mintale descoperite astfel sînt:

„Nu mă suport pentru că mă bîlbîi".

„Aș vrea să-mi dăruiesc sufletul tuturor, dar mie nu. De ce?"

„Dacă nu am să răspund bine?!"

„Îmi este teamă să mă manifest deschis în relațiile cu băieții."

„În relațiile cu profesorii nu pot să mă manifest totdeauna după pregătirea mea."

Cercul vicios al subiectului L.A. are două elemente puternice: autoagresivitatea și complexul de inferioritate. O dată descoperite aceste clișee mintale, a urmat o perioadă de retrăire și decizie, reprogramare mintală și comportamentală.

Anticiparea și autosugestia negative au fost înlocuite cu anticiparea și autosugestia pozitive:

1. „Vreau să am mai multă răbdare cu mine, atît cît am și cu ceilalți."
2. „Țin la prestigiul meu."
3. „Pot să vorbesc cu fiecare în parte."
4. „Răspund la lecție în funcție de cum mă pregătesc. Nu răspund nici mai bine, nici mai rău decît alți colegi."
5. „Renunț de bună voie și nesilită de nimeni la eșecuri."

Metoda psihoterapeutică ce a dat cel mai bun rezultat a fost metoda succesului.

Lista succeselor pe care subiectul trebuie să o facă săptămînal a devnit din ce în ce mai bogată și diversă. Acestea s-au succedat în felul următor:

- miercuri raportul între succes și eșec a fost de 50%;
- joi 75% în favoarea succesului;
- vineri 100% în favoarea succesului.

1. „În această săptămînă mi-am dat seama că mai sînt și alte fete în clasă în afară de colega mea de bancă."
2. „Pentru prima dată anul acesta la franceză am ridicat mîna ca să fiu ascultată la oral."

3. „Am ştiut să mă fac plăcută în vacanţă."
4. „Un băiat a spus că îi place de mine."
5. „Am răspuns la română şi nu m-am lăsat intimidată."
6. „Am ridicat mîna la engleză."
7. „Marţi am răspuns la franceză."
8. „Miercuri am răspuns la engleză şi am luat 9."
9. „Marţi am citit o compunere la franceză. Un băiat îmi admiră curajul. Colega mea m-a felicitat."
10. „Săptămîna trecută am avut o surpriză deosebită, primind vizita a două cunoştinţe din satul bunicilor. Eu am fost o gazdă bună şi am luat iniţiativa de a le plimba prin oraş."

Succesele se referă atît la rezultatele şcolare, la iniţiativa subiectului de a răspunde oral în clasă în faţa colegilor, cît şi la cele extraşcolare, vizite la colegi, corespondenţă cu fete şi băieţi, dans, film, petreceri. Subiectul s-a înscris la un curs practic de croitorie, unde a obţinut calificativul F.B.

Exerciţiile de tip Agora au contribuit la creşterea extraversiei şi la depăşirea fricii principale a subiectului de a nu fi agreată. În felul acesta se conturează forma de timiditate specifică subiectului L.A., timiditate afectivă.

Este o persoană inteligentă şi ştie acest lucru, este o persoană voluntară, dar complexul de inferioritate manifestat pe planul interrelaţional afectiv conturează tipul de timiditate afectivă.

La testarea iniţială obţine următoarele rezultate: E = 54, I = 27, T = 27. Scara autopercepţiei relevă o diferenţă foarte mare între autopercepţia iniţială şi cea finală, de la 9 la 2 puncte (A = 7). În clasă, progresele ei sînt recunoscute atît de colegi, cît şi de profesori (vezi anexa 6).

Concluzii

Subiectul L.A. a fost adus la terapie pentru problema lui principală: blocajul interrelaţional, concretizat prin refuzul de a intra în relaţie cu alte persoane. Deci, în cercul vicios al subiectului nuclearizarea s-a produs în jurul defectului real de vorbire, bîlbîiala. Aceasta a putut fi corectată psihoterapeutic în proporţie de 50%, iar logopedic este în curs de corectare.

Metodele legate de limbajul corpului, de vestimentaţie, de atitudinea fizică, mersul, dar mai ales relaxarea au dat rezultate deosebite în corectarea bîlbîielii.

Noul stil de a vorbii şi de a se comporta (stilul ondulatoriu) s-a dovedit a fi eficient. Limbajul neverbal susţine limbajul verbal.

Programul psihoterapeutic a durat un an şcolar, a fost individual şi intensiv în acelaşi timp. După terminarea acestui program, subiectul L.A. a fost adus în calitate de observator în celelalte grupe experimentale.

Acest rol nou, de observator activ, pacient corectat şi copsihoterapeut a avut o influenţă pozitivă atît pentru L.A., cît şi pentru grup.

V.M.: timiditate exogenă, situaţională, transparentă, comportamentală

S-a născut pe 27 aprilie 1978. Copilăria şi-a petrecut-o în condiţii firești, nefiind marcată de evenimente negative. Mediul familial a fost armonios, lipsit de contradicţii majore. Se remarcă o anumită dependenţă relativ firească faţă de mamă.

Rezultatele la învățătură sînt foarte bune, dar apare şi o oarecare dificultate a subiectului de a se manifesta la ore la adevărata sa valoare.

În clasa a XII-a, perioada de cristalizare a conştiinţei de sine şi de alţii, este marcată de un eveniment negativ: „am înţeles că viaţa este plină de contradicţii, este dură şi cel mai bun prieten te poate înşela". Aceasta a declanşat o conduită de închidere în sine, de izolare faţă de ceilalţi şi chiar instalarea unui curios „sentiment de vinovăţie", simţindu-se tratată de ceilalţi cu răceală şi respingere. Dar subiectul declară că a reuşit să depăşească aceste momente, „fiind o fire optimistă, deschisă, interesată de universul uman, cu multă voinţă".

Autoportretul real şi cel ideal relevă însă o autopercepţie specifică timidităţii marcată de nehotărîre, lipsă de încredere în sine, subevaluare, închistare şi totodată dorinţa puternică de a le depăşi: „să fiu mai veselă, simpatică, puternică, să am mai multă încredere în mine".

La testarea preterapeutică obţine următoarele rezultate: E = 64, I = 26, T = 37, Z nesemnificativ. Deci, din punct de vedere structural este emotivă, extravertită (numai cu 2 puncte), se consideră timidă şi nu este percepută în grup ca timidă decît pe un loc secundar, nesemnificativ din punct de vedere statistic. Ca urmare, diagnosticul este de timiditate predominant exogenă, dependentă de cota de extraversie.

Există tendinţa cvasigenerală de a confunda emotivitatea cu timiditatea, în mod empiric noţiunile nefiind bine diferenţiate.

Terapia psihanalitică descoperă o relativă dependenţă faţă de mamă, urmată de sentimentul de frustrare afectivă, un conflict interrelaţional (trădarea celei mai bune prietene), cu tendinţa de a fi generalizat în mod forţat.

Contractul psihoterapetic este înţeles, interiorizat, dar nu este respectat foarte riguros din anumite motive de ordin administrativ.

Limbajul corpului este însuşit, după cum declară subiectul, în proporţie de 75%, disociat în elementele corespunzătoare.

Lista calităţilor şi defectelor, ca şi a complimentelor şi injuriilor, tinde spre un anumit echilibru. Calităţile şi complimentele sînt însă evidenţiate mai mult de membrii familiei, iar defectele şi injuriile de cei străini, ceea ce relevă un mediu familial permisiv şi necesitatea de a se adapta la mediul social lărgit. Fiind o timidă predominant exogenă, comportamentală, metodologia de tip decondiţionare a dat rezultatele cele mai bune. Astfel, exerciţiile de tip Agora: spectacole, petreceri, plimbări au fost realizate de subiect cu succes. Şi-a format un cerc de prieteni, din care face parte şi sora mai mare.

În rolul de observator, în grup şi-a educat capacitatea de a sesiza elementele specifice timidităţii şi de a formula remediile acesteia. Astfel, indirect s-au realizat exerciţiile de anticipare pozitivă, autogratificaţie, negaţie, autosugestie, programarea mintală şi comportamentală.

V.M. este unul dintre subiecţii care au reuşit să-şi contureze chiar un stil al personalităţii, nuclearizat în jurul elementului cognitiv interrelaţional, de competenţă profesională şi umană.

La testarea finală obţine rezultatele: E = 54, I = 26, T = 34, scara autopercepţiei înregistrează o scădere a timidităţii de la 7 la 3 puncte (A = 3).

Concluzii:

Subiectul V.M., cu o formă de timiditate predominant exogenă, comportamentală (teama de acţiune), cu o auto-

percepție puternică a timidității proprii (T = 37), dar cu o interpercepție nesemnificativă, ceea ce dovedește confuzia pe care subiectul o face între timiditate și emotivitate, urmează programul psihoterapeutic de 21 de zile.

Metodologia adoptată este cea specifică formei sale de timiditate comportamentală și pune accentul pe tehnicile de decondiționare. Se înregistrează o scădere a emotivității și a timidității exogen-comportamentale, ca și a autopercepției timidității (A = 3).

Subiectul V.M. rămîne în atenția psihoterapeutului pentru terapia de întreținere.

B.A.: timiditate autentică, endogen-exogenă, transparentă, supracompensată, afectivă

Născut în 1978 la I., într-o familie de intelectuali. Mediul familial, deși armonios, a avut un rol important pentru instalarea și manifestarea timidității: „Am fost educat în spiritul dreptății, corectitudinii, nonviolenței. De aceea mi-era groază de ceilalți copii care se certau, se băteau".

Educația din familie, în spiritul valorilor morale supreme, formarea unor deprinderi intelectuale premature, cititul și scrisul înainte de a merge la școală au orientat preocupările subiectului spre activități nonsociale, departe de oameni și de aspectele negative ale relațiilor umane: „cînd aveam necazuri, cînd eram certat, mă puneam pe citit, trișînd astfel problemele cotidiene".

În elaborarea **jurnalului intim**, subiectul este conștient de cauzele timidității proprii. Viața sa a fost marcată de numeroase evenimente percepute negativ. Însă întîmplarea, cum spune subiectul, care i-a marcat fundamental

existența, a fost o carte despre calculatoare. A început să se informeze din ce în ce mai mult asupra calculatoarelor și să practice informatica. O dată cu această preocupare, a început din ce în ce mai mult să se însingureze, ultimii doi ani formîndu-și, după cum spune el însuși, o adevărată carapace.

Portretul real scoate în evidență un dezechilibru între trăsături, în favoarea celor negative, iar însingurarea este considerată un fapt pozitiv: „un individ care fiind foarte singur și din întîmplare știind informatică a plecat să cucerească un teren încă necunoscut".

Retragerea în sine nu este conștientizată ca un rezultat al nedezvoltării aptitudinilor sociale, ci ca un dat, evaluat pozitiv: „nu țin în mod special la compania celorlalți".

Portretul ideal ne oferă o informație îngrijorătoare. Își dorește să devină un om cu totul retras în lumea calculatoarelor, într-o lume virtuală, numai a lui. Această fixație pe elementul neuman are tendința de a contura aspirația fundamentală a subiectului (lumea virtuală) și separarea de lumea reală.

Analizînd psihanalitic întreaga afirmație a subiectului „într-o lume virtuală, numai a lui", se va descoperi una dintre pîrghiile fundamentale ale terapiei.

Psihanaliza scoate la iveală clișeele mintale și comportamentale tipice pentru timiditate:

1. „Dacă m-aș uita la ei (oamenii) s-ar uita și ei la mine."
2. „Scopul meu este să trec neobservat."
3. „Le-am luat (problemele) pe cont propriu, să le rezolv singur."
4. „Am amplificat totul la proporții catastrofale."
5. „Mi-e teamă să nu creadă că o fac ostentativ."

Astfel, teama de a fi privit, observat, evaluat, rezolvarea problemelor pe cont propriu, teama de agresivitate, ridicol, hipersensibilitatea s-au constituit în elementele principale ale travaliului psihoterapeutic. Pentru fiecare din aceste clişee mintale şi comportamentale, subiectul a alcătuit cu ajutorul grupului contraclişee, s-au compus exerciţii care să contracareze atît mintal cît şi comportamantal aceste gînduri false, specifice timidităţii.

Exemplu: teama de privirea celorlalţi a fost contracarată prin exerciţii de iniţiativă, în jocul privirii (priveşte tu întîi). Teama de agresivitate prin exerciţii de ceartă, teama de evaluare prin autosugestia de încredere în sine şi în forţele proprii.

Lista complimentelor şi a injuriilor relevă aceeaşi disproporţie între complimentele şi injuriile care au fost făcute subiectului pînă în prezent. Travaliul psihoterapeutic s-a extins pînă la refacerea echilibrului între complimente şi injurii şi treptat schimbarea autopercepţiei injuriilor în favoarea complimentelor.

Se elaborează o listă a răspunsurilor ce n-au fost date pînă în prezent şi care, constituindu-se în gestaltări neterminate, au blocat comunicarea reală intrasistemică şi intersistemică.

Comunicarea intrasistemică este antrenată prin exerciţiile reunite sub denumirea **limbajul corpului**: educarea mersului drept, suplu, reducerea distanţei fizice interpersonale, strîngerea de mînă, bătaia în uşă, aşezarea pe scaun într-o încăpere etc.

În urma acestor exerciţii se observă atît de către subiect, cît şi de grup o oarecare străpungere a **carapacei musculare**.

Sistemul emoţional este supus unei terapii de relaxare, retrăire, comunicare emoţională la nivelul grupului şi

valorificarea limbajului nonverbal, prin gest, mimică. Pentru a stimula apariţia fenomenului întîlnirii, travaliul psihoterapeutic asupra grupului este fundamental pentru elaborarea afectivă în acest moment. În acest grup s-a realizat un climat permisiv, sentimentul de „noi" s-a putut dezvolta.

B.A. fiind singurul băiat din grup, structura de grup a fost favorabilă emergenţei afective către el din partea celorlalţi membri ai grupului.

A te simţi bine în propria piele a fost scopul travaliului emoţional în grup. Evaluarea realizării lui s-a constatat prin frecvenţa foarte bună a membrilor grupului, prin atmosfera destinsă chiar în momentele executării unor exerciţii dificile, prin activităţile desfăşurate în afara programului psihoterapeutic.

Sistemul discursiv al subiectului B.A. a fost supus unui tratament de repunere în drepturi a valorii umane, în locul celei neumane (calculatorul).

În **autoportretul ideal** am constatat o distorsiune nu atît a mesajului semantic, cît a celui pragmatic (valoarea obiectului pentru subiect). Subiectul declară că nu ţine în mod special la compania acestora (oamenii).

Travaliul psihoterapeutic la acest nivel s-a concentrat asupra deplasării accentului interrelaţional al subiectului de pe elementul neuman (calculatorul) pe elementul uman (altul privilegiat). Acest altul privilegiat a fost iniţial psihoterapeutul, apoi o colegă din grup. Însă trebuie remarcat aici că datorită unui bloc sau amalgam defensiv foarte puternic la acest subiect, succesul la nivelul sistemului discursiv a fost relativ.

În schimb, sistemul socio-familial (comunicarea intrafamilială) se realizează la un nivel satisfăcător. Aceasta este o pîrghie psihoterapeutică insuficient exploatată, datorită lipsei condiţiilor administrative.

Concluzii:

B.A. suferă de timiditate autentică endogen-exogenă, puternică: E = 70, I = 18, T = 47, Z = I. În urma psihoterapiei de grup, forma scurtă (21 de zile), obţine următoarele rezultate: E = 54, I = 23, T = 35, Z = I. Deci o scădere a emotivităţii, o creştere a extraversiei şi o reducere a timidităţii evidenţiată prin inventarul Zimbardo, semnificative din punct de vedere statistic.

Variabila interpercepţiei timidităţii Z rămîne neschimbată datorită unui anumit stereotip de grup care funcţionează în clasa subiectului.

Autopercepţia timidităţii psihoterapeutice măsurată prin scara autopercepţiei este extrem de semnificativă pentru progresul pe care subiectul l-a făcut (8-4). De asemenea, în grupul psihoterapeutic el este perceput ca fiind schimbat.

La intervalele de timp la care s-a reluat evaluarea (3-6 luni) se constată o întărire a modificărilor şi chiar o integrare socio-afectivă superioară (vezi anexa 4).

A.M.: timiditate autentică, endogen-exogenă, ascunsă, supracompensată, afectiv-sexuală

S-a născut în 1978, în judeţul I., într-o familie de intelectuali. Mediul familial a stimulat formarea unor deprinderi intelectuale premature („am învăţat să citesc la 3 ani, din proprie iniţiativă") şi care l-au îndepărtat de grupul social.

Acelaşi rang I, de copil unic la părinţi, ca şi la subiectul B.A., creează premisele instalării timidităţii. Foarte interesant în filmul existenţei sale sînt primele lui amintiri ce se leagă de succesele pe care le-a avut ca recitator şi povestitor la grădiniţă. Acestea s-au perpetuat pînă în prezent.

De asemenea, rezultatele la învăţătură sînt tot excepţionale şi sînt autopercepute ca succese (premiul I pînă în prezent).

Însă, declară subiectul, toate aceste succese m-au făcut să mă simt superior, să vreau ca tot timpul să fiu cel mai bun. Această afirmaţie nu ridică încă probleme. Abia continuarea propoziţiei constituie un adevărat semnal de alarmă. „Era o catastrofă ca cineva să mă întreacă, chiar şi cu foarte puţin, în orice domeniu".

Această percepţie a realităţii ca o întrecere permanentă se constituie în clişeul (stereotipul) mintal fundamental, care va conduce la instalarea perfecţionismului şi a conduitei de supracompensaţie şi izolare.

Disproporţia între cauză şi efect (să mă întreacă chiar şi cu foarte puţin = cauză; catastrofă = efect) este un alt clişeu mintal şi comportamental specific timidităţii.

Preocupările nonsociale ca pescuitul, vînătoarea au stimulat plăcerea singurătăţii. „Nu-mi plăcea să fiu prezentat unor persoane străine sau să fiu criticat."

În relaţia subiectului cu familia se remarcă, la fel ca şi la subiectul B.A., o anumită dependenţă afectivă. Deci comunicarea intrafamilială există, dar un oarecare exces de afecţiune poate conduce la dependenţă: „Cea mai mare lovitură am primit-o în clasa a VI-a cînd a trebuit să mă despart de părinţii mei, pentru a veni la şcoală în I."

Autoportretul real relevă un echilibru între calităţi şi defecte, din punct de vedere cantitativ. Totuşi, pe locul I în categoria defectelor subiectul situează timiditatea.

De altfel, A.M. face parte din categoria celor care, deşi nu au obţinut cote puternic semnificative la pretest (E = 50), au solicitat să urmeze programul psihoterapeutic, avînd o puternică autopercepţie a timidităţii (T = 38).

De asemenea, variabila interpercepţie nu este semnificativă. Subiectul nu este perceput ca timid în grup (Z = nesemnificativ).

Însă introversia mare (I = 13), accentuată de preocupările nonsociale, nu a fost favorabilă aptitudinilor sociale şi a condus la formarea unei imagini de sine şi a unei conduite specifice timidităţii. Cele cîteva eşecuri pe plan socio-afectiv au întărit această conduită a izolării.

„Nu înţeleg de ce, dar în general am succes la fete, dar atunci cînd vreau ceva în mod special nu reuşesc".

Hiperexigenţa, perfecţionismul, funcţionînd ca o conduită de supramotivaţie, conduc la efectul invers.

Autoportretul real pune accentul în primul rînd pe reducerea timidităţii (sînge rece, calm, înţelepciune).

Deşi din punct de vedere structural subiectul nu este un timid predominant endogen, conştiinţa proprie timidităţii accentuează gradul de timiditate, conducînd la o formă de timiditate ascunsă, supracompensată.

Eşecul social real, deşi minor, dar mai ales cel imaginar conduc la o exacerbare a trebuinţei de compensaţie (supracompensaţie). De aici declanşarea unui adevărat complex de superioritate, care nu este decît efectul de supracompensaţie a unei imagini deformate despre sine. Autoportretul ideal scoate la iveală o dorinţă ascunsă a subiectului de a deveni înalt de 1,87 m, puternic, curajos.

Cu cît disproporţia dintre cauză şi efect este mai mare, cu atît creşte tendinţa de compensaţie.

Supracompensaţia este mecanismul principal al timidităţii subiectului A.M. De altfel, subiectul, fiind foarte inteligent, are conştiinţa acestei supracompensaţii şi descoperă el însuşi, prin travaliul psihoterapeutic, soluţia: „mai important decît a fi primul este a fi foarte bun".

Exerciţiile de relaxare specifice timidităţii au un efect deosebit asupra „carapacei musculare" a subiectului, care, avînd o voinţă puternică, are tendinţa de a se supracontrola, ceea ce determină o poziţie rigidă, încordată a capului (vorbirea cu dinţii încleştaţi).

Exerciţiile care stau sub semnul **limbajului corpului** (mers, privire, aşezare pe scaun, strîngerea de mînă, distanţa interpersonală) sînt de asemenea realizate cu succes. Subiectul este chiar singurul din grup care reuşeşte o performanţă deosebită: privirea dominatoarea orientată asupra partenerului.

Practicarea unui sport de forţă şi abilitate, karate, şi obţinerea unor premii deosebite au fost folosite ca metode de a sublinia succesul personal şi de a învăţa autogratificarea. Deşi mulţi dintre timizi obţin succese deosebite prin diferite metode, ei au tendinţa de a minimaliza succesul şi de a maximiza eşecul.

Metoda autogratificării, practicată cu perseverenţă, conduce la autopercepţia predominantă a succesului în comparaţie cu eşecul.

Lista succeselor s-a extins şi după încheierea programului psihoterapeutic (subiectul a fost ales prezentator la spectacolul dedicat împlinirii a 30 de ani de la înfiinţarea Liceului „Emil Racoviţă", spectacol susţinut pe scena teatrului din localitate).

Concluzii

Subiectul A.M., de 16 ani, s-a prezentat din proprie iniţiativă la programul psihoterapeutic. Rezultatele obţinute la pretest sînt: E = 50, I = 13, T = 38, Z = nesemnificativ, iar după testare se relevă o uşoară scădere a emotivităţii, o creştere a extraversiei şi o scădere a timidităţii evidenţiată

prin testul Zimbardo. Scara autopercepției relevă o diferență mai mare, între 6 și 1. Aceasta este metoda de evaluare cea mai semnificativă pentru subiectul A.M., deoarece conștiința timidității proprii era excesiv dezvoltată, constituindu-se în cauza timidității reale.

Nodul gordian al psihoterapiei în cazul A.M a fost conștientizarea mecanismului de supracompensație și desfacerea amalgamului creat în jurul acestuia. Metoda autogratificației a fost de asemenea puternic semnificativă.

Diagnosticul stabilit este de timid endogen-exogen, ascuns, supracompensat, gradul I.

Succesele obținute după încheierea programului psihoterapeutic susțin continuarea și întărirea procesului postterapeutic, printr-o nouă formă de autoterapie.

●

În urma studiilor de caz s-au stabilit mai multe concluzii. Am parcurs șase studii de caz, de forme și grade diferite:

- timiditate autentică, endogen-exogenă, volitivă, transparentă;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, ascunsă, supracompensată;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, afectivă, transparentă, supracompensată;
- timiditate exogenă, situațională, transparentă, comportamentală;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, transparentă, supracompensată, afectivă;
- timiditate autentică, endogen-exogenă, ascunsă, supracompensată, afectiv-sexuală.

Metodologia aplicată a fost corespunzătoare pentru fiecare tip și grad de timiditate:

- predominant volitivă, de programare mintală și comportamentală;
- predominant afectiv-relațională, de retrăire, redecizie;
- asemănătoare cu cea anterioară;
- predominant comportamentală;
- predominant afectiv-relațională;
- asemănătoare cu cea anterioară, cu accentul pe relația dintre sexe.

Rezultatele obținute:

În cazul nr. 1 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. II → E gr. III
I gr. I → I gr. II
T gr. I → T gr. I
Z gr. I → Z gr. I
A 8 → A 6

Deci s-au obținut modificări structural-endogene, de trecere de la un grad la altul, la nivelul emotivității și introversiei. Autopercepția timidității (A) se modifică doar cu două puncte datorită gradului redus de interiorizare a terapiei de către subiect.

În cazul nr. 2 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. I → E gr. I
I gr. I → I gr. I
T gr. I → T gr. I
Z gr. III → Z gr. IV
A 7 → A 2

Deci modificările s-au obținut la autopercepția timidității, măsurată pe baza scalei autopercepției.

În cazul nr. 3 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. II → E gr. III
I gr. III → I = extravert

T gr. I → T gr. II
Z gr. I → Z gr. II
A 9 → A 2

Deci s-au obținut modificări structural-endogene puternice și exogene. Este singurul caz în care modificările structural-endogene conduc la trecerea de la o categorie la alta, de la introversie la extraversie.

În cazul nr. 4 s-au obținut următoarele rezultate:

E gr. II → E gr. III
I = extravert constant
T gr. I → T gr. I
Z gr. I → Z gr. I
A 7 → A 4

Deci se constată modificări la nivelul emotivității și al autopercepției timidității, măsurată pe baza scalei autopercepției.

În cazul nr. 5 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. I → E gr. III
I gr. I → I gr. III
T gr. I → T gr. I
Z gr. I → Z gr. I
A 8 → A 4

Deci se constată modificări structurale puternice, dar interpercepția timidității (Z) rămîne neschimbată datorită stereotipului social.

În cazul nr. 6 s-au obținut următoarele modificări:

E gr. III → E gr. III
I gr. I → I gr. I
T gr. I → T gr. I
Z - nesemnificativ
A 6 → A 1

Deci se constată modificări la nivelul autopercepției timidității măsurată pe baza scalei autopercepției.

În concluzie, tipurile și formele timidității constatate în procesul experimental sînt:

1. după predominarea structurii endogene sau exogene:
   a. timiditate endogenă, autentică, constituțională
   b. timiditate exogenă, situațională
2. după procesele psihice predominant perturbate:
   a. timiditate cognitivă
   b. timiditate afectivă
   c. timiditate volitivă
   d. comportamentală
3. după gradul de manifestare a timidității:
   a. transparentă
   b. ascunsă
4. după mărimea grupului intimidant:
   a. publică
   b. particulară

CONCLUZII FINALE

Cercetările teoretice şi experimentale proprii, în problema timidităţii de aproximativ 15 ani, au condus la formularea următoarelor concluzii:

I. Timiditatea este o **tulburare afectogenă a personalităţii**, a conştiinţei de sine, de auto şi interestimare, care se manifestă în prezenţa oamenilor sau a reprezentării lor şi determină inadaptarea socială sau adaptarea socială negativă. Timiditatea este o tulburare afectogenă deoarece generează şi întăreşte afecte negative (teama, anxietatea) declanşate de prezenţa sau reprezentarea pericolului principal pentru timizi: oamenii.

Toate studiile şi cercetările experimentale anterioare au făcut referire la dereglarea conduitei de auto şi interestimare a timidului în prezenţa unui context socio-uman semnificativ pentru acesta.

Conştiinţa de sine şi cea corelativă, de alţii nu suportă perturbări în sensul patologic al cuvîntului, ci în sensul dificultăţii de manifestare în prezenţa oamenilor, a trecerii acesteia de la latenţă la manifestare. Timidul întîmpină dificultăţi de manifestare autentică a identităţii proprii, avînd sentimentul că este artificial, inautentic, alienat de propria sa natură.

Adaptarea negativă, deşi se concretizează în intoleranţă, agresivitate, manierism comportamental, este o formă de adaptare, însă contorsionată, caricaturală, cu care totuşi timidul supravieţuieşte. Această definiţie predominant conceptuală preexperimentală este completată cu cea structural-operaţională, postexperimentală.

II. **Ca handicap social,** timiditatea se manifestă pe un teren larg, de la normal - timiditatea brută spontană - pînă la marginalitatea normalului - timiditatea sistematizată, autentică, numită şi „sala de aşteptare" a nevrozelor.

Timiditatea autentică, constituţională, endogen-exogenă supracompensată, gravă se integrează în domeniul mai mult sau mai puţin conturat al psihopatologiei socio-afective. Dacă prin handicap social înţelegem nu atît o deficienţă reală, ci obstacolul prin care aceasta îl constituie în adaptarea noastră, atunci timiditatea este unul dintre cele mai grave handicapuri sociale, care se poate finaliza cu izolarea şi alienarea de grupul familial, socio-uman, profesional.

La celălalt pol al acestui domeniu al psihopatologiei socio-afective se află tulburările de comportament, caracteropatiile.

III. Timiditatea, conceptualizată de Antebi (1990) ca o dispoziţie a personalităţii care reflectă dezvoltarea socială întîrziată sau blocată, implică problema Eului (Seidman, 1989) mai mult decît a dexterităţii sociale ca deficit, este un **autoconstruct multidimensional** (Mc Murdock, 1986), cu centrarea obsesivă pe Eul individual şi separarea de Eul social.

Din prezentarea factorilor timidităţii, structurali şi structuraţi în acelaşi timp, şi mai ales din sublinierea caracterului determinant al factorilor motivaţionali rezultă faptul că timidul este responsabil de propria sa timiditate, construind treptat, sistematic-obsesiv edificiul multidimensional al acesteia.

IV. **Structura complexă** a timidităţii, pusă în evidenţă şi de Melchior (1991) prin disocierea unui factor general de timiditatea şi a factorilor specifici (cognitivi, afectivi, voli-

tivi, comportamentali), a fost confirmată de experimentul organizat de noi. Astfel, în structura timidității am putut identifica:

A. factorul general: autopercepția timidității
B. factorii specifici: emotivitatea, introversia, interpercepția timidității
C. factorii individuali: cognitivi, afectivi, volitivi, comportamentali.

Dacă factorul general este prezent în orice tip și formă de timiditate, fiind criteriul diagnosticului general, factorii specifici definesc tipul de timiditate, predominant endogenă sau exogenă, fiind criteriul de diagnostic diferențial, iar factorii individuali identifică forma de timiditate (cognitivă, afectivă, volitivă, comportamentală).

În termeni de conduită, factorul general ar putea fi reprezentat de cuplurile bipolare, cu accentul pe unul dintre ele:

1. asemănare - **deosebire**
2. **apărare** - atac
3. securitate - **insecuritate**
4. contact - **separare**
5. cerere - **ofertă**
6. **anticipație** - acțiune
7. **încordare** - relaxare
8. încredere - **neîncredere**
9. **concurență** - colaborare
10. **supunere** - dominare
11. **autosubestimare** - autosupraestimare
12. spontaneitate - **rigiditate**

V. **Metodologia** aplicată în cercetarea experimentală diferențiază:

1. **Timidul de netimid:**

a. dacă E, I sau T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid) sau cel puțin două variabile sînt semnificative din punct de vedere statistic. Astfel, dacă subiectul este emotiv și introvertit (E>45; I<24), dacă este emotiv și se consideră timid, introvertit și se consideră timid sau este considerat timid, se diferențiază de netimid.

b. dacă E, I, T, Z sînt nesemnificative din punct de vedere statistic (netimid). Astfel, subiectul nu este nici emotiv, nici introvertit, nu se consideră timid și nu este considerat timid (netimid).

2. **Timidul predominant endogen de timidul predominant exogen:**

a. dacă toate variabilele E, I, T, Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid endogen).

b dacă T/Z sînt semnificative din punct de vedere statistic (timid exogen).

3. **Formele timidității**:

a. cognitivă: teama de evaluare
b. afectivă: teama de respingere
c. volitivă: teama de decizie
d. comportamentală: teama de acțiune.

Deși timidul autentic cunoaște toate aceste forme în grade diferite, accentul deplasîndu-se în funcție de situație pe o dominantă sau alta, timidul predominant exogen se poate cantona în una din aceste forme în funcție de experiența sa de viață și de profilul personalității sale.

4. **Gradele timidității**:

- după criterii E, I, T, Z sînt:
  a. slab (III)
  b. mediu (II)
  c. puternic (I)

- după criteriul autopercepției timidității (T) acestea sînt:
  a. 8-24 slab (III)
  b. 25-29 mediu (II)
  c. 30-47 puternic (I)

VI. Fiind în esență o problemă de **intercomunicare umană**, terapia cea mai adecvată a timidității s-a dovedit a fi terapia comunicațională. Desigur, în orice tip de terapie comunicarea interumană este semnificativă, dar în psihoterapia timidității am subliniat sensul cibernetic al comunicării intrasistemice între sistemele corporal, emoțional, discursiv și socio-familial și intersistemice între timid și netimid.

VII. Experimentul terapeutic a demonstrat eficiența atît a grupului mic, de 4-5 membri, cît și a grupului de 8-9 membri, cu diferențierile specifice structurii acestora.

Fiind o terapie comunicațională, ea se adresează în mod eficient grupului mic sau mijlociu, deși se poate adapta și travaliului individual. În acest ultim caz, atunci cînd se ajunge la exercițiile de grup se poate apela la alți timizi cu care s-a lucrat individual. Psihoterapia comunicațională individuală poate fi urmată de cea de grup, pentru a se pune în practică și verifica achizițiile obținute individual.

Rezultatele statistice diferite obținute la cele trei grupe se explică prin:

- structura de grup omogenă și eterogenă, prima favorizînd permisivitatea influenței terapeutice;
- momentul aplicării terapiei: de criză sau de evoluție și sistematizare a timidității;
- tipul și forma timidității fiecărui pacient, predominant endogenă sau exogenă.

VIII. **Tipurile, formele și gradele** diferite ale timidității. Structura complexă a acesteia necesită o terapeutică generală a timidității, care se adresează factorului general

(autopercepția), și terapeutici specifice, care se adresează factorilor specifici și individuali ai timidității.

IX. **Terapia de scurtă durată** este necesară și eficientă **în perioadele de criză** ale timidului autentic sau pentru timidul predominant exogen. Pentru timiditatea autentică, constituțională, gravă, terapia intensivă trebuie urmată în mod necesar de terapie de întreținere pe o perioadă îndelungată.

Nu se poate elabora și nu este dezirabilă o rețetă psihoterapeutică de scurtă sau lungă durată, dar se pot stabili limitele minime: 3 luni pentru terapia de scurtă durată și un an pentru terapia de lungă durată. Limitele maxime se stabilesc în funcție de relația concretă psihoterapeut-pacient, de tipul și forma timidității etc.

X. Raportul dintre metodele cantitative și cele calitative, atît din punct de vedere diagnostic, cît și terapeutic, este favorabil metodelor calitative, ale **studiului de caz**.

XI. **Terapia educațională a timidității** este necesară la vîrsta copilăriei pentru a preveni sistematizarea unei dispoziții constituționale într-o timiditate gravă, autentică, la vîrsta adolescenței și tinereții pentru a se evita sau ameliora suferința și supracompensația, iar la vîrsta adultă pentru a evita sau corecta formele de adaptare negativă.

XII. **Educația socio-afectivă pozitivă** se poate constitui într-un obiectiv fundamental al unui învățămînt eficient. Învățămîntul românesc, predominant intelectualizant, verbalizant și pasiv, stimulează un tip de elev cuminte, supus, timid. Dinamizarea procesului de învățămînt prin exploatarea metodologiei activ-participative, care se adresează întregii personalități și nu numai minții elevului, concomitent cu reducerea factorilor de stres școlar, se poate realiza și prin elaborarea unor programe de educație socio-afectivă pozitivă.

Anexa 1

CHESTIONAR CARACTEROLOGIC
(după G. Berger)

1) a. Eşti tulburat(ă) numai de evenimente importante, grave?
   b. Sau, dimpotrivă, pui la inimă tot felul de fapte mărunte, deşi îţi dai seama că sînt fără importanţă?
2) a. În timpul liber, simţi nevoia să continui să lucrezi fie făcînd mici reparaţii, treburi pe lîngă casă, fie completîndu-ţi cunoştinţele?
   b. Sau profiţi de timpul liber pentru a te plimba, a face sport?
   c. Sau preferi să citeşti o carte distractivă, să stai la televizor, la radio, să te odihneşti?
3) a. Eşti preocupat de viitor? Te gîndeşti deseori la ce vei face în următorii ani?
   b. Sau te preocupă în special rezultatele imediate?
4) a. Te indignezi cu uşurinţă?
   b. Sau eşti înclinat să te acomodezi, să accepţi situaţiile aşa cum sînt?
5) a. După ce ai luat o hotărîre, ai nevoie de un efort pentru a trece la acţiune? Îţi vine greu să începi să acţionezi?

b. Sau, dimpotrivă, execuţi imediat şi fără nici o greutate ceea ce ai hotărît?

6) a. Cînd pleci la drum sau într-o excursie lungă, pierzi mult timp cu pregătirile gîndindu-te în amănunt la tot ce va putea surveni?
b. Sau termini repede pregătirile bazîndu-te pe prezenţa ta de spirit?

7) a. Eşti susceptibil, te simţi imediat profund atins de o observaţie nepoliticoasă sau ironică?
b. Sau accepţi observaţiile, ironiile fără să te simţi jignit imediat?

8) a. Te descurajezi uşor în faţa dificultăţilor?
b. Sau, dimpotrivă, dificultăţile îţi stîrnesc dorinţa de a lupta cu ele?

9) a. Urmăreşti cu grijă să respecţi în orice situaţie anumite reguli, norme de comportare?
b. Sau te adaptezi imediat la împrejurările ce se ivesc?

10) a. Cînd intervine ceva neaşteptat te tulburi uşor? Tresari cînd te cheamă cineva pe neaşteptate? Te înroşeşti uşor?
b. Sau te tulburi mai greu?

11) a. Îţi place să-ţi reaminteşti ce ai făcut în trecut sau să te gîndeşti la diferite lucruri ce ar putea surveni în viitor?
b. Ori preferi să acţionezi, să faci ceva concret?

12) a. Ţi se întîmplă rareori să abandonezi un lucru început?
b. Sau ţi se întîmplă destul de des?

13) a. Ridici uşor glasul într-o conversaţie? Te înfierbîntţi uşor într-o discuţie contradictorie?
b. Sau vorbeşti liniştit, fără a ridica tonul?

14) a. Te apuci imediat de treburile pe care le ai de făcut, fără nici un efort?
b. Sau eşti înclinat să le mai amîni, chiar dacă pînă la urmă le faci la timp?

15) a. Te vezi mereu cu aceleaşi persoane?
b. Sau preferi să-ţi lărgeşti mereu cercul cunoştinţelor, să cunoşti persoane cît mai diferite?

16) a. O schimbare mai importantă ori o sarcină nouă te îngrijorează, te nelinişteşte?
b. Sau rămîi calm ca şi înainte?

17) a. Te decizi greu? Eziţi multă vreme pînă să iei o hotărîre?
b. Sau te hotăreşti repede, chiar în cazurile dificile?

18) a. După ce ai suferit un afront, o jignire te linişteşti repede şi uiţi incidentul imediat?
b. Rămîi indispus o perioadă de vreme?
c. Ţii minte întîmplarea foarte multă vreme?

19) a. Treci cu uşurinţă de la bucurie la tristeţe, de la entuziasm la descurajare, fără să existe motive importante?
b. Sau, de obicei, îţi păstrezi cam aceeaşi stare de spirit, aceeaşi dispoziţie?

20) a. Eşti mereu în mişcare, gesticulezi, te plimbi prin cameră?
b. Sau în mod obişnuit nu te agiţi, eşti destul de imobil?

21) a. Îţi place să revezi filmele bune, să auzi mereu anumite melodii preferate, să desfăşori mereu cam aceeaşi activitate?
b. Sau îţi place cît mai multă variaţie, cauţi ca tot timpul disponibil să ţi-l petreci în condiţii diferite, chiar de la o săptămînă la alta?

22) a. Îţi vine în minte deseori un gînd sau o întîmplare fără importanţă de care nu poţi scăpa, care te urmăreşte?
b. Sau aşa ceva ţi se întîmplă extrem de rar?

23) a. Cînd se defectează ceva şi trebuie să faci un efort pentru a efectua reparaţia sau pentru a chema un specialist treci imediat la fapte?

b. Sau preferi să te acomodezi cu această situaţie, amînînd un timp reparaţia?

24) a. Îţi place să aranjezi tot timpul cărţile, caietele în aşa fel încît să fie o ordine strictă, simetrică?
b. Sau te mulţumeşti să le ai la îndemînă şi ordinea strictă s-o faci doar din cînd în cînd?

25) a. Ţi se întîmplă deseori să fii aşa de emoţionat încît să nu mai poţi acţiona, să nu te mai poţi mişca sau vorbi?
b. Sau ţi s-a întîmplat doar de cîteva ori?
c. Sau nu ţi s-a întîmplat niciodată?

26) a. Cînd ai efectuat o lucrare complicată, după ce o termini simţi nevoia să cauţi şi alte soluţii sau completări?
b. Sau, convins că e bine făcută, trăieşti imediat sentimentul că ai scăpat de o grijă?

27) a. Îţi place să prevezi dinainte cum îţi vei folosi timpul în amănunt? Îţi faci regulat un plan, un program al ocupaţiilor?
b. Sau începi cu o activitate, după dispoziţia momentană, fără o planificare?

28) a. Deseori ai impresia că lucrurile nu merg cum trebuie şi te simţi nemulţumit?
b. Sau, în general, te simţi mulţumit de soarta ta?

29) a. Îţi place mai mult să asişti la jocuri sportive decît să le practici tu însuţi?
b. Sau preferi să intri tu în joc, chiar dacă nu le ştii bine, decît să fii un simplu spectator?

30) a. Cînd ţi-ai format o părere, te ataşezi de ea cu încăpăţînare?
b. Sau îţi schimbi părerea în faţa unor argumente noi?

INVENTAR DE INTRO-EXTRAVERSIE (Eysenck)

1. Sînteţi foarte mulţumit cînd sînteţi implicat într-o activitate care solicită acţiune rapidă? ..... ❒ Da ❒ Nu
2. Sînteţi uneori, fără motiv, cînd vesel, cînd trist? ..... ❒ Da ❒ Nu
3. Cînd căutaţi să vă concentraţi atenţia vă fug gîndurile în toate părţile? ..... ❒ Da ❒ Nu
4. Cînd faceţi noi cunoştinţe, de obicei începeţi dv. conversaţia? ..... ❒ Da ❒ Nu
5. Obişnuiţi să acţionaţi repede şi singur? ..... ❒ Da ❒ Nu
6. Cădeţi uşor pe gînduri în timpul unei petreceri la care a trebuit să participaţi? ..... ❒ Da ❒ Nu
7. Vă simţiţi uneori plin de energie şi alteori moale şi fără chef de mişcare? ..... ❒ Da ❒ Nu
8. Vă consideraţi un om plin de viaţă? ..... ❒ Da ❒ Nu
9. Sînteţi foarte nenorocit cînd trebuie să renunţaţi să mergeţi în societate? ..... ❒ Da ❒ Nu
10. Vă indispuneţi uşor? ..... ❒ Da ❒ Nu
11. Vă schimbaţi adeseori dispoziţia cu sau fără un motiv evident? ..... ❒ Da ❒ Nu
12. Preferaţi acţiunea concretă imaginării unor planuri? ..... ❒ Da ❒ Nu
13. Visaţi adeseori cu ochii deschişi în timpul zilei la lucruri care totuşi nu se vor realiza? ..... ❒ Da ❒ Nu
14. În societate vă place să rămîneţi mai mult în planul secund? ..... ❒ Da ❒ Nu
15. Vă frămîntaţi mult gîndindu-vă la trecutul dv.? ..... ❒ Da ❒ Nu
16. Vă hotărîţi greu ca într-o tovărăşie agreabilă să vă descărcaţi sufletul în mod sincer? ..... ❒ Da ❒ Nu

17. Uneori, fără motiv, aveţi o stare de spirit foarte proastă, sînteţi foarte indispus? ..... ❒ Da ❒ Nu
18. Sînteţi înclinat către o excesivă scrupulozitate? ..... ❒ Da ❒ Nu
19. Vi se întîmplă adesea să luaţi o hotărîre prea tîrziu? ..... ❒ Da ❒ Nu
20. Vă place societatea celorlalţi oameni? ..... ❒ Da ❒ Nu
21. Aveţi deseori insomnii datorită unor griji? ..... ❒ Da ❒ Nu
22. Vă limitaţi cercul cunoştinţelor dv., de preferinţă, la cîţiva aleşi? ..... ❒ Da ❒ Nu
23. Aveţi uşor remuşcări, sentimente de vinovăţie? ..... ❒ Da ❒ Nu
24. Consideraţi vreodată munca dv. ca fiind foarte serioasă? ..... ❒ Da ❒ Nu
25. Vă simţiţi uşor jignit? ..... ❒ Da ❒ Nu
26. Vă place să aveţi multe îndatoriri sociale? ..... ❒ Da ❒ Nu
27. Vă socotiţi ca fiind în mod special nervos şi într-o stare de încordare interioară? ..... ❒ Da ❒ Nu
28. Vă asumaţi cu plăcere conducerea unor acţiuni comune? ..... ❒ Da ❒ Nu
29. Vă simţiţi deseori singur? ..... ❒ Da ❒ Nu
30. În prezenţa sexului opus deveniţi repede stîngaci? ..... ❒ Da ❒ Nu
31. În timpul zilei începeţi dintr-o dată să visaţi cu ochii deschişi la diferite întîmplări? ..... ❒ Da ❒ Nu
32. Aveţi aproape întotdeauna un răspuns potrivit la observaţiile care vă sînt adresate? ..... ❒ Da ❒ Nu
33. Vă gîndiţi deseori la timpurile bune pe care le-aţi trăit în trecut? ..... ❒ Da ❒ Nu

34. V-aţi caracterizat singur ca fiind un om fără frămîntări şi nepăsător? ..... ❒ Da ❒ Nu
35. Aveţi adesea şi fără motiv special un sentiment de indiferenţă şi oboseală? ..... ❒ Da ❒ Nu
36. Aveţi înclinaţia de a fi tăcut în societate? ❒ Da ❒ Nu
37. De obicei, după o situaţie îngrijorătoare şi critică vă gîndiţi că ar fi trebuit să faceţi ceva ce nu aţi făcut? ..... ❒ Da ❒ Nu
38. De obicei, într-o societate veselă puteţi să vă manifestaţi cu uşurinţă şi în mod firesc? ..... ❒ Da ❒ Nu
39. Vă vin în minte aşa de multe gînduri astfel încît nu puteţi adormi? ..... ❒ Da ❒ Nu
40. Vă place o activitate care cere o atenţie concentrată asupra amănuntelor? ..... ❒ Da ❒ Nu
41. Sînteţi asaltat de gînduri inutile, care mereu vă vin în minte? ..... ❒ Da ❒ Nu
42. Efectuaţi munca dv. ca ceva obişnuit, de la sine înţeles, fără să vă enervaţi în mod special? ..... ❒ Da ❒ Nu
43. Vă supăraţi foarte uşor în legătură cu unele fapte? ..... ❒ Da ❒ Nu
44. Ceilalţi vă consideră ca pe un om plin de viaţă? ..... ❒ Da ❒ Nu
45. Aveţi adesea o proastă dispoziţie, un sentiment de nemulţumire? ..... ❒ Da ❒ Nu
46. Vă apreciaţi singur ca fiind vorbăreţ? ..... ❒ Da ❒ Nu
47. Aveţi perioade de neastîmpăr, încît nu puteţi sta mult pe scaun? ..... ❒ Da ❒ Nu
48. Faceţi cu plăcere altora cîte o mică festă? ..... ❒ Da ❒ Nu

INVENTAR DE TIMIDITATE (după Zimbardo)

1. Vă considerați timid?
1 a. da
0 b. nu

2. Dacă da, ați fost întotdeauna timid (erați timid și înainte și sînteți în continuare)?
1 a. da
0 b. nu

3. Dacă ați răspuns nu la prima întrebare: nu a existat niciodată în viața dumneavoastră o perioadă în care ați fost timid?
1 a. da
0 b. nu

Dacă ați răspuns nu, acest chestionar nu vă privește. Mulțumim. Dacă ați răspuns da la una din întrebările precedente, binevoiți a continua.

4. Pînă la ce punct sînteți timid atunci cînd sînteți?
5 a. excesiv de timid
4 b. foarte timid
3 c. realmente timid
2 d. moderat de timid
1 e. doar puțin timid

5. Cu ce frecvență resimțiți (ați resimțit) această impresie de timiditate?
5 a. în fiecare zi
4 b. adesea, aproape o zi din două
3 c. o dată sau de două ori pe săptămînă
2 d. din cînd în cînd, mai puțin de o dată pe săptămînă
1 e. rar, o dată pe lună cel mult

6. În comparație cu semenii dumneavoastră (a căror vîrstă, sex și mediu de origine sînt asemănătoare cu ale dumneavoastră) sînteți:
5 a. mult mai timid
4 b. mai timid
3 c. aproape la fel de timid
2 d. mai puțin timid
1 e. mult mai puțin timid

7. Credeți că a fi timid este de dorit?
5 a. de loc
4 b. puțin
3 c. nici de dorit, nici de nedorit
2 d. de dorit
1 e. foarte mult

8. Timiditatea dumneavoastră constituie (a constituit) o problemă personală?
5 a. da, adeseori
4 b. da, uneori
3 c. da, ocazional
2 d. rar
1 e. niciodată

9. Cînd sînteți intimidat, reușiți să vă ascundeți timiditatea sau să-i faceți pe ceilalți să creadă că nu sînteți timid?
a. da, întotdeauna
b. reușesc uneori, dar nu întotdeauna
c. nu, în general nu reușesc să o ascund

10. Vă considerați mai mult un introvertit sau un extravertit?
5 a. foarte introvertit
4 b. introvertit moderat
3 c. nici unul, nici altul
2 d. extravertit moderat
1 e. foarte extravertit

11. Printre cauzele enunţate mai jos, care sînt cele care, după dumneavoastră, sînt răspunzătoare de timiditatea dumneavoastră? Alegeţi-le pe acelea care vi se par corespunzătoare cazului dumneavoastră:

a. neliniştea de a fi prost apreciat
b. teama de a fi prins
c. lipsa de încredere în sine
d. lipsa de aptitudini sociale speciale (precizaţi care)
e. teama de a fi intim cu cineva
f. gustul pentru singurătate
g. atracţia către centre de interes nesociale (hobby, pasiuni extraprofesionale)
h. o slăbiciune, un handicap personal (precizaţi care)
i. alte cauze (precizaţi care)

12. Cei ce figurează pe lista de mai jos vă găsesc timid? În ce măsură vă consideră ei timid? Răspundeţi utilizînd această scară:

A. excesiv de timid
B. foarte timid
C. realmente timid
D. doar uşor timid
E. de loc timid

a. mama dv.
b. tatăl dv.
c. fraţii şi (sau) surorile dv.
d. prietenii dv. intimi
e. soţul sau partenerul dv.
f. colegii de liceu
g. colegul de cameră
h. profesorii sau patronii
i. colegii care vă cunosc bine

13. Pentru a decide dacă meritaţi sau nu eticheta de timid, v-aţi bazat pe faptul că:

5 a. sînteţi (eraţi) timid în mod constant, în toate situaţiile
3 b. sînteţi (eraţi) timid cel puţin jumătate din timp, în cea mai mare parte a situaţiilor
1 c. nu sînteţi (eraţi) timid decît în anumite ocazii, dar aceste situaţii sînt (erau) suficient de importante pentru ca dv. să vă consideraţi ca fiind timid

14. S-a întîmplat ca oamenii să se înşele asupra timidităţii dv. şi să o confunde, de exemplu, cu indiferenţa, atitudinea distantă sau arogantă?

0 a. da
1 b. nu

15. Uneori vă simţiţi timid atunci cînd sînteţi singur?

1 a. da
0 b. nu

16. Uneori vă simţiţi jenat atunci cînd sînteţi singur?

1 a. da
0 b. nu

17. Dacă aţi răspuns da la întrebarea anterioară, binevoiţi a descrie cînd, cum şi de ce vi s-a întîmplat aceasta.

18. Dacă resimţiţi actualmente sau aţi resimţit o stare de timiditate, binevoiţi a indica dintre situaţiile, activităţile şi persoanele enumerate mai jos pe acelea care vă intimidează:

a. situaţiile sociale în general
b. marile grupuri
c. micile grupuri orientate spre îndeplinirea unei sarcini (seminarii, grupe de muncă)
d. micile grupuri sociale (serbări dansate, baluri, petreceri)
e. întrevederi între patru ochi cu o persoană de acelaşi sex

f. întrevederi între patru ochi cu o persoană de sex opus
g. situaţii în care mă simt vulnerabil (de exemplu cînd am nevoie de ajutor)
h. situaţii în care am un statut inferior (cînd vorbesc unor superiori, unor autorităţi)
i. situaţii care cer o anumită siguranţă (de exmplu, cînd vreau să mă plîng de serviciile dintr-un restaurant)
j. situaţii în care devin ţinta atenţiei unei întregi adunări (de exemplu, cînd ţin un discurs)
k. situaţii în care devin ţinta atenţiei unui mic grup de oameni (de exemplu, cînd sînt prezentat sau mi se cere părerea)
l. situaţii în care sînt apreciat sau comparat cu ceilalţi
m. situaţiile interpersonale în general
n. cînd există posibilitatea unor relaţii sexuale

19. Acum recitiţi întrebarea precedentă şi indicaţi la fiecare din variantele pe care le-aţi ales dacă această situaţie sau activitate v-a intimidat luna trecută:

a. nu luna trecută, ci înainte
b. da, enorm
c. da, puternic
d. da, moderat
e. da, puţin

20. Oamenii care mă intimidează sînt:

a. părinţii mei
b. fraţii şi (sau) surorile mele
c. ceilalţi membri ai familiei
d. prietenii
e. necunoscuţii
f. străinii
g. oamenii care exercită o autoritate în virtutea funcţiei lor (poliţişti, profesori, superiori ierarhic)
h. oamenii care exercită o autoritate în virtutea cunoştinţelor lor (intelectuali,specialişti)

i. oamenii în vîrstă
j. copiii
k. persoanele de sex opus dintr-un grup
l. persoanele de acelaşi sex dintr-un grup
m. o persoană de sex opus într-o întrevedere între patru ochi
n. o persoană de acelaşi sex într-o întrevedere între patru ochi.

21. Acum, recitiţi întrebarea precedentă şi indicaţi alături de fiecare din variantele pe care le-aţi ales dacă această situaţie sau activitate v-a intimidat luna trecută:

a. nu luna trecută, ci înainte
b. da, enorm
c. da, puternic
d. da, moderat
e. da, puţin

22. Cum ştiţi că sînteţi timid, pe ce indicii vă bazaţi?

1 a. doar pe sentimentele mele interne, pe gîndurile mele personale
3 b. doar pe comportamentul meu manifestat într-o situaţie dată în public
5 c. mă bazez în acelaşi timp pe reacţiile mele interioare şi pe comportamentul pe care îl manifest

23. Dacă încercaţi sau aţi încercat o sare de timiditate, care dintre reacţiile fizice de mai jos sînt cele care însoţesc această impresie? Notaţi-le cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente şi mai grave, cu 2 pe cele care sînt pe locul doi în ordinea importanţei ş.a.m.d.:

a. roşeaţă
b. accelerarea pulsului
c. stomac înnodat
d. senzaţie de furnicături
e. gură uscată
f. tremurături

g. transpiraţie
h. oboseală
i. accelerarea bătăilor inimii
j. alte reacţii fizice (precizaţi care)

24. Care sînt gîndurile şi sentimentele care însoţesc timiditatea dv.? Notaţi-le cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente şi mai grave, cu 2 pe cele care vin pe locul doi în ordinea importanţei ş.a.m.d. (mai multe variante pot fi apreciate la fel):

a. gînduri pozitive
b. nici un fel de gînduri deosebite (de exemplu, visez, nu mă gîndesc la nimic special)
c. conştiinţa de sine (de exemplu, sînt excesiv de atent cu mine, la fiecare din gesturile mele)
d. gînduri centrate pe aspectul dezagreabil al situaţiei (de exemplu, mă gîndesc că situaţia este groaznică, că aş dori mai degrabă să fiu în altă parte)
e. gînduri care fac diversiune (de exemplu, mă gîndesc că aş putea face altceva, că se va termina curînd)
f. gînduri negative la adresa mea (de exemplu, mă simt stupid, nu sînt la locul meu, nu sînt sigur pe mine, nu sînt la înălţime)
g. gînduri referitoare la aprecierile pe care alţii sînt pe punctul de a le face despre mine
h. gînduri referitoare la modul în care mă comport (de exemplu, mă întreb ce impresie fac şi cum pot să o controlez)
i. gînduri referitoare la timiditate în general (de exemplu, cred în propria mea timiditate şi în consecinţele pe care le antrenează, mă gîndesc că aş dori foarte mult să nu fiu timid)
j. alte gînduri (precizaţi care)

25. Dacă încercaţi sau aţi încercat o stare de timiditate, care sînt comportamentele exterioare care pot să avertizeze anturajul dv. că sînteţi intimidat? Alegeţi din variantele enumerate mai jos, notînd cu 0 pe cele care nu vă privesc, cu 1 pe cele mai importante, mai frecvente şi mai grave, cu 2 pe cele care sînt pe locul doi în ordinea importanţei ş.a.m.d.:

a. să vorbeşti încet
b. să-i eviţi pe ceilalţi
c. să păstrezi tăcerea
d. să te bîlbîi
e. să vorbeşti dezlînat, incoerent
f. să fii incapabil să priveşti pe cineva în ochi
g. modul de a sta pe scaun sau în picioare
h. să eviţi să ai vreo iniţiativă
i. alte comportamente (precizaţi care)

26. Care sînt consecinţele negative ale timidităţii?

a. nici una, nu există consecinţe negative
b. creează probleme sociale: din cauza timidităţii este mai dificil să faci cunoştinţe noi, să-ţi faci prieteni noi, să profiţi de experienţele care ar putea fi agreabile
c. antrenează consecinţe emoţionale negative: sentimente de singurătate, izolare, depresie
d. împiedică pe ceilalţi să mă judece în mod favorabil (de exemplu, valoarea mea nu se manifestă niciodată din cauza timidităţii)
e. mă împiedică să arăt siguranţă cînd trebuie să-mi exprim părerile, să profit de ocazii
f. favorizează la ceilalţi judecăţi negative eronate (de exemplu, sînt considerat pe nedrept ca fiind neprietenos, snob sau arogant)
g. creează dificultăţi de gîndire şi exprimare, mă împiedică să am mintea limpede în prezenţa altcuiva şi să comunic în mod eficient cu ceilalţi
h. încurajează o conştiinţă de sine accentuată, o grijă excesivă pentru propria persoană

27. Care sînt consecinţele pozitive ale timidităţii?

a. nici una, nu există consecinţe pozitive
b. creează o impresie de modestie, de simpatie, de discreţie, introspecţie
c. permite să se evite conflictele între persoane
d. asigură o formă practică de anonimat şi de protecţie
e. oferă ocazia de a te ţine deoparte, să-i observi pe ceilalţi, să activezi prudent şi inteligent
f. permite să te arăţi selectiv în privinţa oamenilor pe care îi întîlneşti
g. protejează viaţa particulară şi favorizează plăcerile pe care le oferă singurătatea
h. are consecinţe interpersonale pozitive, împiedicîndu-te să-i tratezi pe ceilalţi cu uşurinţă, să-i intimidezi sau să-i răneşti

28. Credeţi că vă puteţi învinge timiditatea?

a. da
b. nu
c. nu sînt sigur

29. Vreţi în mod serios să încercaţi să o învingeţi?

a. da, într-adevăr
b. poate
c. nu sînt încă sigur
d. nu ştiu.

Răspunsurile la întrebările cotate se adună, iar intensitatea timidităţii depinde de suma obţinută.

Anexa 2

Interpretarea calitativă a inventarului de timiditate Zimbardo

1. Autopercepţia timidităţii:

a. timid (T.)
b. netimid (N.T.)

2,3. Tipul timidităţii:

a. endogenă, constituţională, autentică (T.A.)
b. exogenă, situaţională (T.S.)

4. Intensitatea timidităţii:

a. excesiv	T.A. puternic
b. foarte	T.A. puternic
c. realmente	T. moderat
d. moderat	T. moderat
e. doar puţin	T.S. slab

5. Frecvenţa timidităţii:

a. în fiecare zi	T.A. puternic
b. o zi din două	T.A. puternic
c. o dată sau de două ori pe săptămînă	T. moderat
d. mai puţin de o dată pe săptămînă	T.S.slab
e. o dată pe lună	T.S. slab

6. Comparaţia cu semenii:

a. mult mai timid	T.A. puternic
b. mai timid	T.A. puternic

c. aproape la fel de timid T.S. moder
d. mai puţin timid T.S. slab
e. mult mai puţin timid N.T.

7. Autopercepţia timidităţii:
a. T.A. puternică
b. T.S. moderată
c. N.T.
d. N.T.
e. N.T.

8. Suferinţa persoanei timide:
a. T.A. puternică
b. T.S. moderată
c. T.S. moderată
d. intimidare (I.T.N.) slabă
e. N.T.

9. Forma timidităţii:
a. ascunsă (T.as.)
b. ascunsă (T.as.)
c. transparentă (T.tr.)

10. Corelaţia timidităţii cu introversia (I) şi extraversia (E):
a. T.A. puternică
b. T.A. puternică
c. T.S. moderată
d. I.N.T. slabă
e. N.T.

11. Cauzele timidităţii ⟶ forma timidităţii
a. timiditate cognitivă (T.cg.)
b. timiditate afectivă (T.af.)
c. T.af.
d. timiditate comportamentală (T.cp.)
e. timiditate afectiv-sexuală (T.afs.)
f. (T.cp.)

g. T. af.
h, i. alte cauze

12. Interpercepţia (T) şi intensitatea ei:
A. T.A. a,b,c,d,e T. pa. (timiditate particulară)
B. T.A.
C. T.S.
D. T.S. f,g,h,i T.pu. (timiditate publică)
E. I.N.T.

13. Tipul şi intensitatea timidităţii:
a. T.A. puternică
b. T.S. moderată
c. T.S. slabă

14. Forma timidităţii:
a. T.as.
b. T.tr.

15. Forma timidităţii:
a. T.m. (timiditate mintală)
b. T.cp. (timiditate comportamentală)

16. Forma timidităţii:
a. T.m.
b. T.cp.

17. Studii de caz

18. Situaţii, activităţi, persoane ⟶ forma şi intensitatea:
a. T.cp.
b. T.cp.
c. T.cg.
d. T.cp.
e. T.af.
f. T. afs.
g. T.af.
h. T.cg.
i. T.af.

j. T.cp.
k. T.af.
l. T.cg
m. T.cp.
n. T.sex.

19 -

20. Oamenii ⟶ forma timidității:
a. T.pa.
b. T.pa.
c. T.pa.
d. T.pa.
e. T.pu.
f. T.pu.
g. T.pu., T.cp.
h. T.pu., T.cp.
i. T.pu.v. (timiditate publică în funcție de vîrstă)
j. T.pu.v.
k. T.pu.sex.
l. T.pu.sex.
m. T.pa.sex.
n. T.pa.sex.

21. -

22. Forma și tipul timidității:
a. T. af.
b. T. cp.
c. T.A.

23. Reacții fizice
a. - i T. f.-cp. (timiditate fizică-comportamentală)

24. Gînduri și sentimente - tipul și forma timidității:
a. N.T.
b. N.T.
c. T.A. cg.

d. T.S.
e. T.S.
f. T.A.cg.
g. N.T.
h. T.cp.
i. T.cg.
j. -

25. Comportamentele exterioare ⟶ forma timidității:
a. T.cp.
b. T.af.
c. T.cp.
d. T.cp.
e. T.cg.
f. T.af.
g. T.cp.
h. T.cp.
i. -

26. Consecințele negative ⟶ tipul și forma timidității:
a. N.T.
b. T.cp.
c. T.af.
d. T.cg.
e. T.cp.
f. T.cg.
g. T.cg.
h. T.A.

27. Consecințele pozitive ⟶ tipul și forma timidității:
a. T.A.
b. T.af.
c. T.af.
d. T.cp.
e. T.cp.

f. T.cp.
g. T.af.
h. T.cp.

28. Mobilizarea terapeutică:
a. puternică
b. slabă
c. moderată

29. Voinţa terapeutică:
a. puternică
b. puternică
c. moderată
d. slabă.

Anexa 3

Metoda aprecierii obiective a personalităţii după Zapan

La fiecare colectiv de elevi sau studenţi supuşi experimentului s-a aplicat metoda aprecierii obiective a personalităţii. Astfel, s-a prezentat o definiţie de lucru a timidităţii, cerîndu-se apoi subiecţilor să numească primii 5-7 timizi şi ultimii 5-7 timizi din colectivul respectiv. Ultima întrebare se referă la autopercepţia subiectului testat.

Timiditatea este o tulburare a personalităţii care se manifestă prin:

- emoţii extrem de puternice şi frecvente, de multe ori nejustificate;
- dificultatea de a comunica şi a stabili contacte sociale;
- stîngăcie în conduită;
- nesiguranţă;
- neîncredere în sine.

1. Numiţi în ordine descrescătoare primii 5 (cinci) dintre colegii pe care-i consideraţi cei mai timizi.

În ce situaţie aţi constatat că sînt timizi?

2. Numiţi în ordine descrescătoare ultimii 5 (cinci) dintre colegii pe care-i consideraţi netimizi.

3. Dar tu, cum te consideri? De ce?

Urmează lista cu elevii (studenţii) din clasă sau colectivul respectiv.

Subiecţii cu punctajul cel mai mare au primit rangul I, ceilalţi, în ordine descrescătoare, rangurile II şi III.

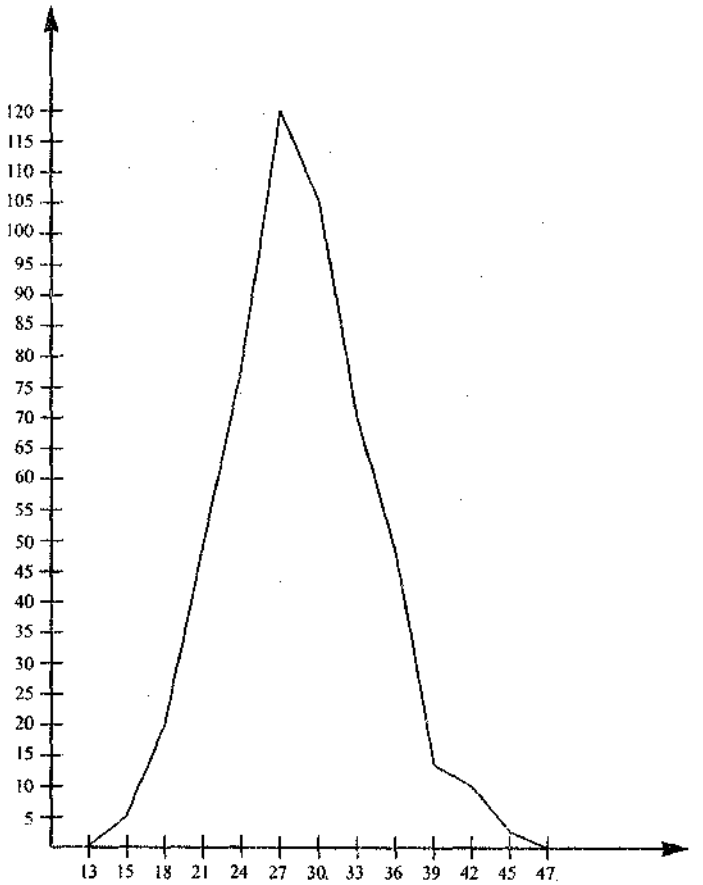
Anexa 4

Interpretarea statistică a inventarului de timiditate Zimbardo

În urma interpretării statistice a rezultatelor obţinute de cei 256 de subiecţi la inventarul de timiditate, tradus şi adaptat după Zimbardo, am stabilit:

- media aritmetică = 27,42
- abaterea standard = 3,34
- gradele de intensitate:
  - III 8-24 slab
  - II 25-29 moderat
  - I 30-47 puternic
- etalonul în decili:
  - I 1-20
  - II 21-23
  - II 24
  - IV 25-26
  - V 27
  - VI 28-29
  - VII 30
  - VIII 31-33
  - IX 34-36
  - X 37-47

Poligonul frecvenţelor



Anexa 5

Stabilirea gradelor de intensitate la emotivitate, introversie, timiditate

***Berger** (emotivitate)*

45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
1	13	1			13	1	1	1	21		4	1	14			1	26
1	14	15			28	29	30	31	52		56	57	71			72	98

63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
2	1		7		1	1	20	1	1	1	13			
100	101		108		109	110	130	131	132	133	146			

78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
12				1		1		4				1
158				159		160		164				165

III 45-56 slab
II 57-69 mediu (moderat)
I 70-90 puternic

***Eysenck** (introversie - extraversie)*

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
							1			3	3		1		4	8	5	7	5	8	10	5	13
							1			4	7		8		12	20	25	32	37	45	55	60	73

III 22-24 slab
II 19-21 moderat
I 1-18 puternic

***Zimbardo** (timiditate)*

8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
					1		2	2	4	4	3	5	7	8	5	17	14	18	14	7
					1		3	5	9	13	16	21	28	36	41	58	72	90	104	111

29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
9	11	8	9	2	10	4	6	2	2	5		1		
120	131	139	148	150	160	164	170	172	174	179		181		

44	45	46	47
			1
			182

III 8-24 slab
II 25-29 moderat
I 30-47 puternic

Anexa 6

Declaraţii postterapeutice ale subiecţilor, părinţilor şi psihologului şcolar

1. L.A. Incursiune în trecut.

În urmă cu 7 luni, eram o copilă naivă, capricioasă şi alintată. Este o stare de criză, de căutare a personalităţii, a Eului. Acum păşesc spre maturitate, spre înţelegerea oamenilor. Doamna profesoară D.E. m-a ajuta foarte mult. Eram cu „fundul în două luntri", cum spunea dumneaei. Cînd supărăcioasă, cînd veselă, cînd dornică să trec peste toate obstacolele. Mă loveam, plîngeam (mai bine zis mă plîngeam la doamna profesoară), mă ridicam, rîdeam, apoi cădeam din nou. Eram timidă, mi-era frică de oameni şi de mine. Mă vedeam lipsită de orice posibilităţi de afirmare şi ce mult vroiam să fiu luată în seamă (în sens pozitiv).

Dar iată că a venit şi clipa hotărîtoare... De cînd mi-am auzit vocea pe casetofon mi-am dat seama că pot să mă stăpînesc şi să învîng. Am continuat şi merg pe drumul cel bun **(datorită psihoterapiei)**.

Mulţumesc!

2. B.A.

Saltul atît de neaşteptat de la trei la nouă puncte nu s-a realizat pe parcursul acelor două luni care au trecut de cînd am început terapia. O parte din salt (de la trei la cinci) l-am realizat, e adevărat, pe parcursul acelor trei săptămîni. Apoi, cedînd treptat, am mai avansat un pas. Acum o săptămînă n-aş fi crezut că pot face un salt de trei puncte. Şi totuşi l-am făcut,iar implicaţiile pe care le are sînt profunde.

Dintr-o dată m-am simţit obosit **să mai tot fac pe timidul** şi să alerg din faţa problemelor. O senzaţie atît de absurdă şi de contradictorie m-a făcut să-i caut rădăcinile ei reale. Cum era posibil ca eu, dintr-o dată, să scutur crusta groasă în care mă închisesem şi să mă arăt lumii aşa cum sînt eu de fapt? De fapt, saltul s-a produs în cursul acestor două luni. Nu am fost un impostor, dar chiar şi cînd am terminat cursurile tot timid mă simţeam. Acum o săptămînă la fel. Ceea ce s-a întîmplat în realitate este că, fiind silit încă de la început să-mi privesc problemele vechi, să le analizez, îndoiala cu privire la avantajul timidităţii a crescut. Sămînţa fusese deja aruncată. Silit fiind să mă corectez tot timpul, să mă cenzurez, am început să sap groapa timidităţii. Şi am aruncat-o înăuntru pentru totdeauna. Fiindcă acum o lună afirmaţia „Sînt hotărît să nu mai fiu timid" o ascundeam, în secret eram convins că mă complac cu aceeaşi situaţie. Şi fiindcă, văzînd dezavantajele timidităţii, mi-am dat seama că de fapt sînt hotărît s-o arunc peste bord, sînt hotărît să fiu hotărît, să am puterea şi voinţa să încep un alt mod de viaţă în care să spun celorlalţi „Sînt puternic, sînt gata să mă întrec cu voi, sînt la fel de bun, chiar mai bun; veniţi şi să începem!"

3-4. Declaraţii ale părinţilor

După psihoterapie, fiica noastră L.A.:

- are încredere în capacităţile sale
- părerile celor din jur nu o afectează prea tare
- vorbeşte mai tare, fiind încrezătoare în sine
- poate să discute cu orice persoană, de orice vîrstă

- rîde mult, se exteriorizează, este spontană
- se destăinuie familiei
- poate să-şi spună părerea în clasă, fără să-i fie teamă că va fi luată în rîs
- este optimistă
- este mai realistă, mai matură
- este sociabilă.

În urma cursului terapeutic susţinut de dv. noi am observat din primele şedinţe o schimbare spre bine a comportării ei faţă da noi şi faţă de colectivul din care face parte. După terminarea acestui curs sîntem foarte mulţumiţi de comportamentul fiicei noastre şi datorită muncii depuse de dv. a avut loc o schimbare enormă, dispărîndu-i timiditatea faţă de noi şi prietenele ei. Daniela a început să fie mai sociabilă, mai apropiată, are curajul de a critica unele lucruri care nu sînt pe placul ei, îşi spune secretele pe care înainte de a începe acest curs terapeutic nu le spunea, ţinîndu-le închise în ea. Această schimbare s-a observat cînd şi-a invitat prietenele şi prietenii de ziua ei de naştere, fiind foarte vorbăreaţă şi preluînd unele acţiuni pentru a face cît mai plăcută vizita lor. Dorim ca fiica noastră să mai ţină legătura cu dv. deoarece, datorită profesiei pe care o aveţi, sînteţi pentru ea un adevărat sprijin.

5. **Declaraţia psihologului şcolar.**

La momentul în care a fost constituit lotul pentru cercetare, gradul de emotivitate şi introversie al elevilor era destul de ridicat, ceea ce era evident prin neparticiparea deliberată la lecţii şi la activităţile extraşcolare.

Sociabilitatea redusă îi împiedica să aibă prieteni cu care să-şi petreacă timpul liber, nu participau la rezolvarea unor situaţii şi probleme ale clasei, simţindu-se mereu neprimiţi în grup, uneori avînd chiar sentimentul de respingere din partea clasei (de exemplu, elevii A.M., L.A., B.A.). Acest sentiment ducea la creşterea gradului de timiditate, dar şi la manifestarea unor tendinţe de nervozitate accentuată, ca în cazul elevei A.L.

Timiditatea îi împiedica să iasă în evidenţă, deşi unii sînt foarte talentaţi, aşa cum este cazul lui A.M., care recită foarte frumos. Starea de frustrare prin care treceau elevii se accentuase în aşa măsură încît nu reuşeau sau nu aveau încredere în forţele proprii pentru a-şi realiza o orientare şcolară şi profesională corectă. A.L. manifesta chiar momente de balbism, căpătate în urma unor puternice şocuri din copilărie, dar care se accentuau pe fondul timidităţii atunci cînd era expusă privirii colegilor, în timpul ascultării la lecţie sau în alte situaţii şcolare.

Metodele folosite de doamna lector Elena Dimitriu în timpul experimentului s-au dovedit a fi deosebit de eficace. Ca psiholog al liceului, care am cunoscut anterior aceste cazuri, pot să remarc următoarele schimbări:

- Elevii participă cu mai mult curaj la lecţii, dar şi la activităţile extraşcolare.
- Lucrînd în paralel şi asupra balbismului, apărut pe fond emotiv la eleva L.A., doamna Dimitriu a probat metoda sa, chiar şi în acest caz mai complex, obţinînd unele ameliorări. Eleva îşi poate controla acum în mare măsură comportamentul lingvistic şi a devenit mult mai curajoasă în a participa la discuţii şi activităţi.
- Sociabilitatea elevilor participanţi la experiment a crescut foarte mult, ei fiind integraţi bine nu numai în grupul

de lucru, dar şi în alte cercuri de prieteni. Au început să participe chiar la activităţi distractive, aniversări etc. A.M. şi-a dominat destul de bine timiditatea şi a acceptat să prezinte spectacolul prilejuit de zilele liceului şi să recite cîteva poezii. Starea de frustrare este în puternic regres, la fel şi sentimentul inferiorităţii, manifestate anterior la V.D. şi S.T.

● Ameliorarea timidităţii i-a permis elevei A.L. să-şi precizeze opţiunea profesională. Au dispărut în mare măsură, în special la fete, complexele pe care le aveau în legătură cu aspectul lor fizic şi care înainte de terapie le accentuau starea de timiditate.

Apreciez metodele cercetate şi aplicate de doamna Elena Dimitriu ca fiind foarte utile în activitatea de psiholog şcolar.

Bibliografie generală

1. Adler A. (1991), **Cunoaşterea omului,** Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

2. Ajurriaquerra J. (1960), **Le cortex cerebral**, Etude Neuro-psychopatologique, Paris.

3. Alden (1988), **Characteristics predicting social functioning and treatment response in clients impaired by extreme shyness,** în *Canadian Journal of Behavioural*, Science, vol. 20.

4. Alexandrescu I. (1988), **Persoană, personalitate, personaj**, Editura Junimea, Iaşi.

5. Alliprandi G.C., Screm M. (1988), **Vaincre la timidité en 21 jours**, De vecchi, Paris.

6. Allport G.W. (1981), **Structura şi dezvoltarea personalităţii**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

7. Anderson C. (1988), **Discriminating between problems in living: an examination of measures of depression, loneliness, shyness and social anxiety,** în *Journal of Social and Clinical Psychology.*

8. Antebi Ph. (1990), **Shyness, sociability and psychosocial development,** California school of professional psychology, San Diego, dissertation abstract.

9. Anzieu D. (1973), **La dinamique des groupes restreints**, P.U.F., Paris.

10. Arkin R. (1990), **Shyness, sociability and patterns of everyday affiliation**, în *Journal of Social and Personal Relationships*, vol. 7.

11. Arnkoff D. (1987), **Client predispositions toward cognitive and social skills treatment for shyness**, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 6.

12. Asendorpf J. (1990), **Beyond social withdrawal: shyness, unsociability, and peer avoidance**, în *Human Development*, vol. 33.

13. Asher J. (1987), **Born to be shy?**, în *Psychology Today*, vol 21.

14. Barrucaud D. (1970), **La catharsis dans le théâtre, la psychanalyse et la psychothérapie de groupe**, Epi - SA, Paris.

15. Bîrliba Cornelia (1987), **Paradigmele comunicării**. Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

16. Belles D. (1987), **Effects of cure-controled relaxation and the control of heterosocial performance anxiety among shy males**, în *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 1.

17. Berge A. (1967), **Defectele copiilor**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

18. Berge A. (1967), **Defectele părinţilor**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

19. Berge A. (1967), **Şcolarul dificil**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

20. Bertalanffy L.V. (1979), **Teoria generală a sistemelor şi aplicarea ei în psihologie**, în *Cunoaşterea faptului social*, Editura Politică, Bucureşti.

21. Biemer D. (1984), **Shyness control. A systematic approach to social anxiety management at children**, în *Psychological Abstract*, vol. 71.

22. Boon H. (1989), **La sophrologie**, Ed. Retz, Paris.

23. Booth R. (1990), **A short-term peer model for treating shyness in college students: a note on an exploratory study**, în *Psychological Reports*, vol. 66.

24. Briggs S. (1988), **Shyness: Introversion or neuroticism?**, în *Journal of Research in Personality*, vol. 22.

25. Brodt S. (1981), **Modifying shyness, related social behaviour through symptom missatribution**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 41.

26. Bruch M. (1989), **Shyness and sociability reexamined: a multicomponent analysis**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 57.

27. Cappe R. (1986), **Comparison of treatment strategies for clients functionally inpaired by extreme shyness and social avoidance**, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 54.

28. Carrol B. (1979), **Limbaj şi gîndire**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

29. Caspi A. (1989), **Mooving away from the world: life course patterns of shy children**, în *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development.*

30 Cazacu T. (1961), **Dialogul la copii**, Editura Academiei R.P.R., Bucureşti.

31. Chalvin D. (1980), **Analyse transactionelle et relations de travail**, E.S.F., Paris.

32. Chartier J. (1990), **La timidité guérie en trois semaines**, Ed. Dangles, Paris.

33. Cheek J. (1986), **Shyness and verbal creativity**, în *Journal of Research in Personality*, vol. 20.

34. Chelcea S. (1983), **Eu, tu, noi. Viaţa psihică - ipoteze, certitudini**, Editura Albatros, Bucureşti.

35. Chombart P.H. (1983), **Cultura şi puterea**, Editura Politică, Bucureşti.

36. Chomsky N. (1988), **Teorii ale limbajului, teorii ale învăţării**, Editura Politică, Bucureşti.

37. Claparède E. (1936), **Sentimentul de inferioritate la copii**, Constanţa.

38. Cosmovici A. şi colab. (1972), **Metode pentru cunoaşterea personalităţii**, Editură Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

39. Crăciunescu R. (1980), **Intro-extraversiunea**, teză de doctorat.

40. Crozier W. (1982), **Differentiating assertiveness, agressiveness and shyness**, în *Psychological Review*, vol. 53.

41. Crozier W. (1990), **Age-related differences in children's understanding of shyness**, în *British Journal of Developmental Psychology*, vol. 8.

42. Delumeau J. (1986), **Frica în Occident. O cetate asediată**, Editura Meridiane, Bucureşti.

43. De Paulo B. (1989), **Are shy people reluctant to ask for help?** în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 56.

44. De Stefano (1977), **Teachers view of treatability of children school adjustment problems**, în *Journal of Special Education*, vol. 11.

45. Dimitriu E. (1992), **Timiditatea. Concept şi structură**, în *Analele Ştiinţifice ale Universităţii „Al. I. Cuza"*, Iaşi.

46. Donahue P. (1989), **Helping adolescents with shyness: applying the Japanes Morita therapy in shyness counselling**, în *International Journal for the Advancement of Counselling*, vol. 12.

47. Dugas L. (1903), **La timidité. Etude psychologique et morale**, Alcan, Paris.

48. Dugas L. (1921), **Les grands timides**, Alcan, Paris.

49. Dugas L. (1925), **Les timides, dans la littérature et l'art**, Alcan, Paris.

50. Dumas G. (1932), **Nouveau traité de psychologie**, Alcan, Paris, vol. 2.

51. Eastburg M. (1990), **Shyness and perceptions of parental behaviour**, în *Psychological Reports*, vol. 66.

52. Elkonin D. (1980), **Psihologia jocului**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

53. Ey H. (1983), **Conştiinţa**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

54. Fitzsimmons J. (1989), **Shyness and sociability. Impact vocational choice**, dissertation abstract.

55. Foley F. (1986), **Shyness and defensive style**, în *Psychological Reports*, vol. 58.

56. Fraisse P., Piaget J. (1970), **Traité de psychologie expérimentale**, PUF, Paris, vol. 5.

57. Freud A. (1967), **Le moi et les mécanismes de la défense**, PUF, Paris.

58. Freud S. (1975), **Introducere în psihanaliză**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

59. Fromm E. (1983), **Texte alese**, Editura Politică, Bucureşti.

60. Gersbacher U. (1992), **Führen durch Körpersprache. Autorität und Kompetenz ausstrahlen. Manipulation und Einschüchterung**, Die Signale der Gowinner, Wilhelm Heyne Verlag, München.

61. Gheorghiu Vl. (1982), **Sugestie şi sugestibilitate**, Editura Academiei R.S.R., Bucureşti.

62. Ghivirigă M. (1970), **Copiii timizi**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

63. Ghivirigă M. (1964), **Copilul unic**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

64. Gilmartin B. (1987), **Peer group antecedents of severe love-shyness in males**, în *Journal of Personality*, vol. 55.

65. Glass C. (1988), **Common and specific factors in clients description and explanation for change**, în *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, vol. 7.

66. Gorgos C. (sub redacţia) (1985), **Vademecum în psihiatrie**, Editura Medicală, Bucureşti.

67. Gourhan A. (1983), **Gestul şi cuvîntul**, Editura Meridiane, Bucureşti.

68. Guglietti K. (1990), **She's just shy: a phenomenological study of shyness**, în *Journal of Phenomenological Psychology*, vol. 21.

69. Harwas N. (1986), **Educational therapy of shyness: assumation and techniques**, în *Psychology*, vol. 29.

70. Hauck W. (1986), **Shyness, group dependence and self-concept: attributes of the imaginary audience**, în *Adolescence*, vol. 21.

71. Herbener E. (1989), **Shyness and olfactory threshold**, în *Personality and Individual Differences*, vol. 10.

72. Hill G. (1989), **An unwillingness to act: behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness**, în *Journal of Personality*, vol. 57.

73. Hobbs T. (1976), **Modification of verbal productivity in shy adolescents during a short term camping program**, Bureau of Mental Health, Birmingham A.L.

74. Honig A. (1987), **The shy child**, Young Children, vol. 42.

75. Ionescu G. (1985), **Psihologie clinică**, Editura Academiei R.S.R., Bucureşti.

76. Ishiyama F. (1987), **Use of Morita therapy in shyness counselling in the West**, în *Journal of Counselling and Development*, vol. 65.

77. Jagot P. (1990), **La timidité vaincue**, Ed. Dangles, Paris.

78. Jaspers K. (1986), **Texte filosofice**, Editura Politică, Bucureşti.

79. Johnson J. (1991), **Attribution of shy persons in affiliation and achievement situations**, în *Journal of Psychology*, vol. 125.

80. Jones W. (1986), **Shyness: Conceptualisation and measurement**, în *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 51.

81. Jung C.G. (1975), **L'homme et la découverte de son âme**, Payot, Paris.

82. Jupp J. (1990), **Self concept changes in shy, socially isolated adolescents following social skills training emphasising role play**, în *Australian Psychologist*, vol. 25.

83. Kagan J. (1988), **Biological bases of childhood shyness**, în *Science*, vol. 240.

84. Kelly L. (1990), **Rhetoritherapy revisited**, în Communications education, vol. 39.

85. Kemple K. (1990), **Family antecedents and corelatis of early shyness: attachement and parent-child interaction**, dissertation abstract.

86. Kreindler A. (1967), **Dinamica proceselor cerebrale. Încercare de sinteză dialectică**, Editura Academiei R.S.R., Bucureşti.

87. Lacroix J. (1936), **Timidité et adolescence**, Alcan, Paris.

88. Lazarus Ph. (1978), **An experimental treatment on the amelioration of shyness in children**, dissertation abstract.

89. Lee Y. (1989), **An exploratory study of college students perception of freedom in leisure and shyness**, în *Leisure Science*, vol. 11.

90. Le Robert (1990), Dictionnaire d'aujourd'hui.

91. Leonhard K. (1979), **Personalităţi accentuate în viaţă şi literatură**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

92. Linton R. (1968), **Fundamentul cultural al personalităţii**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

93. Little M. (1992), **Des états-limites. L'alliance thérapeutique**, în *La phychanalyse*, Des Femmes Antoinette Fouque.

94. Lowenstein L. (1983), **Treatment of extreme shyness: by implozive counselling and conditionning approaches**, în *A.E.P. Journal*, vol. 6.

95. Mamali C. (1981), **Balanţă motivaţională şi coevoluţie**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

96. Manes S. (1975), **Alfred Adler et la psychologie individuelle**, Paris.

97. Marcus S. (1987), **Empatia şi relaţia profesor-elev** Editura Academiei R.S.R., Bucureşti.

98. Maroldo G. (1987), **Shy family members and intervention procedures**, în *Journal of Social Behaviour and Personality*, vol. 2.

99. Mărgineanu N. (1973), **Condiţia umană**, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

100. Mc Clure W. (1978), **Effectively counselling the shy minority client**, în *Journal of Employement Counselling*, vol. 15.

101. Mc Glynn F. (1981), **Effects of cure - controlled relaxation, a credible placebo treatment on shyness among college males**, în *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 12.

102. Mc Kain Th. (1988), **Personal constructs and shyness: the relationship between rep grid data and therapy outcome**, în *International Journal of Personal Construct Psychology*, vol. 1.

103. Mc Murdock L. (1986), **Validation of the „Mc Murdock multidimensional shyness index"**, dissertation abstract.

104. Megglé D. (1990), **Les thérapies breves**, Ed. Retz, Paris.

105. Melchior L. (1990), **Sampling the three components of shyness Syndrome Inventory**, dissertation abstract.

106. Miner E. (1988), **The adaptive role of shyness: an application of gestalt theory. Pacific gradus to school of psychology**, dissertation abstract.

107. Mosh Ph. (1985), **The influence of communication and shyness in the hospital course of psychiatric patients**, dissertation abstract.

108. Mosher D. (1981), **On differentiating shame and shyness**, Connecticut Univ., Motivations and Emotions, vol. 5.

109. Mucchielli R. (1972), **L'entretient de face à face dans la relation d'aide**, E.S.F., Paris.

110. Mucchielli R. (1971), **Les complexes personnels**, E.S.F., Paris.

111. Mureşan P. (1980), **Învăţarea socială**, Editura Albatros, Bucureşti.

112. Nietzsche F. (1940), **Volonté de puisannce**, Paris.

113. Nuttin J. (1965), **La structure de la personalité**, P. U. F., Paris.

114. Odobleja S. (1939), **Psychologie consonantiste**, Maloine, Paris.

115. Owen R. (1987), **The relationship between social anxiety and need for approval shyness**, dissertation abstract.

116. Page R. (1990), **Shyness and sociability: a dangerous combination for illicit substance use in adolescent males**, în *Adolescence*, vol. 25.

117. Pagès M. (1993), **Psychotérapies et complexité**, Hommes et perspectives.

118. Pamfil Ed., Ogodescu D. (1974), **Nevrozele**, Editura Facla, Timişoara.

119. Pamfil Ed., Ogodescu D. (1976), **Psihozele**, Editura Facla, Timişoara.

120. Panafieu J. (1985), **Le trac**, Robert Laffont, Paris.

121. Pavelcu V. (1969), **Din viaţa sentimentelor**, Editura Enciclopedică, Bucureşti.

122. Pavelcu V. (1970), **Invitaţie la cunoaşterea de sine**, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

123. Păunescu C. (1973), **Limbaj şi intelect**, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

124. Păunescu C. (1984), **Coordonate metodologice ale recuperării minorului inadaptat**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

125. Phillips S. (1988), **Shyness as disfunction in career development**, în *Journal of Counselling Psychology*, vol. 35.

126. Pierson M. (1993), **Ghide de psychotérapie de la psychanalyse au developpement personnel**, Bayard Edition, Paris.

127. Predescu V. (1976), **Psihiatrie**, Editura Medicală Bucureşti.

128. Prisbell M. (1988), **Perception differences and levels of shyness**, Communication research reports, vol. 5.

129. Radu I., colab. (1993), **Metodologie psihologică şi analiza datelor**, Editura Sincron, Cluj-Napoca.

130. Raţiu M. (1969), **Verificarea la lecţie a copiilor timizi**, în *Colocvii*, nr. 1.

131. Reich W. (1992), **L'analyse caractérielle**, Science de l'homme, Payot.

132. Ribot T. (1988), **Logica sentimentelor**, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti.

133. Roscheblave Spenlé A.M. (1970), **Psychologie du conflict**, Paris.

134. Roşca M. (1972), **Metode de psihodiagnostic**, Editura Medicală, Bucureşti.

135. Rudică T. (1979), **Eu şi celălalt. De la poziţia egocentrică la poziţia altruistă**, Editura Junimea, Iaşi.

136. Rudică T. (1977), **Curs de psihopatologie, psihologie medicală şi psihoterapie**, Univ. „Al.I. Cuza", Iaşi.

137. Rudică T. (1984), **Niveluri ale conduitei umane**, Editura Juminea, Iaşi.

138. Rudică T. (1990), **Maturizarea personalităţii**, Editura Junimea, Iaşi.

139. Saint-Laurent R. (1968), **La timidité. Encyclopedie de sciences humaines et de psychologie pratique**, Aubanel.

140. Salade D. (1968), **Succesul şi semnificaţia sa pedagogică**, în *Revista de pedagogie*, Bucureşti.

141. Seidman R. (1989), **Shyness: an investigation of a dynamic process**, dissertation abstract.

142. Selye H. (1956), **The Stress of life**, McGraw-Hill, New-York.

143. Sen A. (1978), **Educaţie şi terapie**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

144. Smith Milton G. (1971), **Ghid simplificat de statistică pentru psihologie şi pedagogie**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

145. Stott S. (1984), **Surmonting shyness: Cognitive, behavioral treatment of junior high students**, dissertation abstract.

146. Străchinaru I. (1969), **Devierile de conduită la copii**, Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti.

147. Sugawara K. (1986), **Motivation for acquiring praise and motivation for avoiding rejection**, în *Japanese Journal of Psychology*, vol. 57.

148. Tashi I. (1932), **La timidité vaincue**, Alcan, Paris.

149. Turner S. (1990), **Social phobia: relationship to shyness**, în *Behaviour Research and Therapy*, vol. 28.

150. Văideanu G. (1980), **Educaţia la frontiera dintre milenii**, Editura Politică, Bucureşti.

151. Vedea I. (1938), **Introducere în studiul timidităţii. Probleme de pedagogie, psihologie pedagogică şi defectologie**, E.S.D.P., Bucureşti.

152. Vianu I. (1975), **Introducere în psihoterapie**, Editura Dacia, Cluj-Napoca.

153. Zapan Gh. (1979), **Metoda obiectivă de apreciere a personalităţii**, Editura Ştiinţifică, Bucureşti.

154. Zimbardo P. (1979), **Comprendre la timidité. Ce qu'elle est, et comment la dominer**, InterEditions, Paris.

155. Zimbardo P. (1982), **Shyness and stress of the human connection**, în Handbook of stress: theoretical and clinical aspects, New York, Free Press.

156. Zimbardo P. (1986), **The Stanford Shyness Project**, în Shyness, Plenum Publishing Corporation.

157. Zimbardo P. (1985), **Can shyness affects your health?**, Healthline S.F. State University, vol. 4.

158. Zimbardo P. (1987), **How to help the shy child?**, în Teachers Strategies, P. A. Springhouse Publishing.

159. Zimbardo P. (1983), **Overcoming Shyness**, în *Medical aspects of human sexuality*, vol. 17.

160. Zimbardo P. (1985) , **Actor-Observer differences in the perceived stability of shyness**, în *Social Cognition*, vol. 3.